

22.7
ARCHS

96624
IDRC - Lib

ÉTUDE APPROFONDIE DE LA
DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL D'ÉTUDE DU CONSEIL

COMITÉ D'ÉTUDE DU CONSEIL

A.-C. Bernard-Bonnin
F. Keppel
M.G.K. Menon

SERVICE-CONSEILS

S. Bergstrom
J. Last



Ottawa,
Juillet 1988

ARCHIVE
244

TABLE DES MATIERES

	Page
RÉSUMÉ DE DIRECTION ET RECOMMANDATIONS	i
RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS NOTÉ DANS LE TEXTE	vii
1. INTRODUCTION.	1
2. SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT.	4
3. HISTORIQUE DE LA DSSA	9
4. MANDAT, MISSION ET OBJECTIFS DE LA DSSA	12
5. RENDEMENT PASSÉ ET ACTUEL DE LA DIVISION.	16
Orientations de l'aide à la recherche.	16
Thèmes et collaboration interdivisionnaire	19
Évaluation du travail de la Division	22
Conseils internationaux de recherche	25
Étude et évaluation des projets.	27
Conclusions des recherches et lignes de conduite en matière de santé	30
Activités collaboration.	31
Limites divisionnaires à repenser?	34
Nominations croisées	36
6. RESTRUCTURATION DE LA DSSA.	38
Recherche participative.	40
7. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	43
Santé et collectivité.	45
Systèmes de santé.	48
Santé et environnement	49
Initiatives spéciales.	51
Aide intégrée aux instituts de recherche (AIIR)	53
Recherche sur l'alimentation	55
Éducation à la santé	56
SIDA	58
Stratégies régionales.	59

8.	ÉVALUATION.	61
9.	PROMOTION DES INTÉRÊTS DU CANADA EN SANTÉ INTERNATIONALE	64
10.	RAPPORTS DE COOPÉRATION	68
11.	QUESTIONS ET PROBLÈMES À L'ÉCHELLE DU CENTRE.	71
	Perfectionnement professionnel	76

REMERCIEMENTS.	81
------------------------	----

Ouvrages consultés

Annexe I Mandat du comité d'étude du Conseil

Annexe II Tableaux

RÉSUMÉ DE DIRECTION ET RECOMMANDATIONS

Le Comité qui s'est penché sur les travaux, les lignes de conduite et les programmes de la Division des sciences de la santé (DSSa) appuie fortement celle-ci. La DSSa est parvenue à régler certaines vicissitudes, depuis sa création, et fait désormais face à l'avenir avec confiance. La restructuration récente de la DSSa en trois secteurs de programme s'est faite en tenant compte de la nécessité d'une stratégie globale de la recherche en matière de santé dans les pays en développement et le Comité perçoit cette restructuration comme courageuse, originale et progressiste.

Le Comité saisit bien la complexité des problèmes de santé par rapport au développement et la nécessité de stratégies globales pour les résoudre. En conséquence, le Comité approuve et appuie le concept des secteurs de programme mis de l'avant par la DSSa. (réf. p. 40)

Cependant, cette optique originale exige un examen approfondi et une évaluation prudente dans les premières années.

Les secteurs de programme étant une nouveauté, il serait souhaitable que le Conseil reçoive d'ici trois ans un rapport spécial résumant les projets appuyés par chaque secteur, analysant les rapports entre eux et évaluant leur efficacité et leur efficience d'après les résultats obtenus et les orientations stratégiques. Doit également y figurer tout problème survenu. (réf. p. 44)

Le calendrier de la recherche nécessaire en matière de santé dans les pays en développement est esquissé dans le plan stratégique et dans les documents de position qui l'accompagnent. C'est un plan d'envergure, mais réaliste,

pourvu qu'il soit réalisé en étroite collaboration avec les autres divisions du CRDI et les autres organismes qui s'occupent de recherche en matière de santé dans les pays en développement. La démarche globale à la recherche sur la santé reconnaît explicitement que les problèmes en ce domaine ne peuvent se résoudre de façon ponctuelle, monodimensionnelle et unidisciplinaire. La globalité exige la mobilisation d'une équipe formée de nombreuses disciplines scientifiques touchant les sciences sociales et la santé. C'est une méthode particulièrement efficace dans le cas des thèmes polyvalents où les groupes de travail se composent de personnels de programme de plusieurs divisions (ex. : femmes et développement, santé des réfugiés, alimentation, éducation à la santé).

Le Comité approuve la démarche interdivisionnaire coopérative sous-jacente à la multidisciplinarité et en préconise le développement en tant que meilleur moyen de suivre l'évolution des besoins de recherche. (réf. p. 22)

La division cible son soutien à la recherche sur les gens dans leurs collectivités, plutôt que sur les établissements, notamment les hôpitaux et les laboratoires. Une forme spéciale de recherche issue de la collectivité, la recherche participative, fait directement appel, dans la recherche de solutions, aux gens qui doivent faire face aux problèmes. Par contre, la recherche participative a certaines limites et peut, quoique rarement, avoir des répercussions politiques si une faction gouvernante résiste à sa mise en application. En conséquence, dans l'examen des projets de recherche participative, il faut peser soigneusement les incidences politiques possibles. Cet examen doit être confié au comité évaluant les aspects déontologiques des projets de recherche.

Le Comité reconnaît la pertinence de la recherche sanitaire issue de la collectivité et appuie le concept de la recherche participative; néanmoins, les conseillers préconisent la prudence dans l'adoption de cette méthode de recherche, qui peut manquer d'objectivité et, à l'occasion, avoir des répercussions politiques. (réf. p. 41)

Le plan stratégique et les documents de position connexes décrivent les intentions de la Division touchant l'alimentation, l'éducation à la santé, la recherche sur le SIDA, l'aide intégrée aux instituts de recherche, autant de volets qui visent implicitement et explicitement à doter les pays en développement d'une capacité de recherche. Le Comité approuve et appuie toutes ces orientations stratégiques, tout comme l'engagement constant de la Division envers les programmes spéciaux de l'OMS, de l'UNICEF et de la Banque mondiale, par exemple la recherche sur les maladies tropicales, le programme sur la reproduction humaine et la recherche sur les maladies diarrhéiques.

La Division compte consolider l'effectif de chaque région en y plaçant un cadre spécialiste agissant comme généraliste, dès que des années-personnes seront débloquées. Ce cadre sera aidé par un administrateur de programme. Le personnel des bureaux régionaux se verra accorder plus d'autonomie.

Le Comité appuie les projets de la Division de renforcer et de rendre plus autonomes les bureaux régionaux. Il en reconnaît les coûts et les répercussions au chapitre des années-personnes; c'est un problème qu'il faudra résoudre. (réf. p. 60)

Même si le Comité approuve les réaménagements d'effectifs qui aboutiront à une meilleure répartition du

personnel entre le Centre et les bureaux régionaux, il reconnaît la nécessité de conserver à Ottawa une masse critique de cadres capables d'analyser les projets et les programmes.

Étant donné les intentions stratégiques de la Division et le besoin évident d'un relèvement d'effectifs, les nominations croisées d'administrateurs de programme possédant les compétences voulues constitueraient manifestement une solution. Chacun de ces administrateurs serait rattaché à une division, dont il relèverait, et serait nommé à un poste secondaire dans une autre.

Le Comité incite la DSSa à évaluer avec les autres divisions les possibilités de nominations croisées, pour certains types de compétences et de formation professionnelle, par exemple en anthropologie médicale et en micro-économie. (réf. p. 37)

Pour la première fois, la DSSa doit faire face à une demande de fonds de recherche supérieure à ce dont elle dispose; en même temps, les priorités ont subi un examen critique et une réévaluation. Apparemment inséparable de la tradition de réceptivité du Centre, la ligne de conduite "premier arrivé, premier servi" a dû être réévaluée. La Division a commencé à faire l'essai de modalités d'examen tenant compte à la fois des priorités et des mérites scientifiques des projets.

Le Comité appuie les expériences de la DSSa vers la mise en place d'un système ordonné d'examen de projets pour remplacer le système actuel d'examen et d'approbation dans l'ordre d'arrivée. (réf. p. 30)

Le mécanisme d'examen et d'approbation de projets doit tenir compte d'autres questions, en plus de la pertinence, de la priorité et des mérites scientifiques; il faut notamment évaluer soigneusement les aspects déontologiques des projets de recherche.

Le Comité reconnaît qu'il faut tenir compte des incidences politiques, environnementales et autres des projets de recherche pouvant dépasser les limites de l'évaluation scientifique conventionnelle. Il appuie les idéaux du comité d'examen déontologique. (réf. p. 68)

La recherche doit faire appel à la collectivité universitaire mais, par le passé, celle du Canada n'a joué qu'un rôle restreint et très secondaire dans les activités de recherche de la DSSa. Les efforts récents de la Division pour faire de la santé internationale une véritable discipline scientifique dans les universités canadiennes est salué par le Comité, qui incite fortement la DSSa à continuer.

Au cours de l'examen, l'attention du Comité avait été attirée par plusieurs problèmes existant à l'échelle du Centre, surtout l'énorme travail de paperasserie que doit abattre le personnel de programme scientifique, qui consacre à cela du temps qui serait bien mieux utilisé dans l'élaboration, la surveillance et l'évaluation des projets.

Comme première étape vers une simplification de l'administration, le Comité recommande que le document sur le programme et le budget soit dorénavant préparé non plus annuellement, mais triennalement. (réf. p. 72)

Le personnel de programme du Centre mérite qu'on lui donne des possibilités de perfectionnement, mais il existe

une incertitude sur la valeur comparative des nominations permanentes et non permanentes.

Le Comité recommande que la gestion du Centre étudie les mérites relatifs des postes professionnels permanents et non permanents. (réf. p. 79)

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS NOTÉ DANS LE TEXTE

	Page
1. Le Comité approuve l'approche coopérative interdivisionnaire sous-jacente au concept de pluridisciplinarité et en favorise le développement, car c'est probablement la meilleure façon de faire face à l'évolution des besoins en matière de recherche.	22
2. Le Comité incite la Division des sciences de la santé à prendre des mesures afin de déléguer plus de pouvoirs et de responsabilités au personnel des bureaux régionaux, pour améliorer le temps de réponse du Centre.	25
3. Le Comité recommande que le CRDI conserve et, si possible, élargisse son rôle dans les programmes spéciaux de l'OMS, du FISE et de la Banque mondiale, c.-à-d. les programmes de recherche sur la reproduction humaine et les maladies tropicales et de lutte contre les maladies diarrhéiques.	27
4. Le Comité incite la Division des sciences de la santé à mener des expériences afin de mettre en place un système plus ordonné d'examen des projets afin de remplacer le système chronologique actuel.	30
5. Le Comité incite la Division des sciences de la santé à explorer avec les autres divisions les possibilités d'affecter en nominations croisées du personnel de programme possédant certains types de compétences et de formation professionnelle, par exemple en anthropologie médicale et en micro-économique.	37
6. Le Comité reconnaît la complexité des problèmes de santé par rapport au développement et la nécessité de stratégies globales pour les résoudre. En conséquence, le Comité approuve et appuie entièrement le concept des secteurs de programme adopté à la Division des sciences de la santé.	40
7. Le Comité reconnaît la pertinence, dans le domaine de la santé, des recherches fondées sur la collectivité et approuve le concept de la recherche participative; néanmoins, il incite à la prudence dans l'adoption de cette méthode de recherche, car elle peut manquer d'objectivité et, à l'occasion, avoir des répercussions politiques.	41

8. Le Comité approuve et appuie le concept des secteurs de programme. L'énoncé de mission et les objectifs qui figurent à la partie 1 de l'énoncé divisionnaire ont cependant besoin de révisions pour se conformer aux nouveaux secteurs de programme. 43
9. Puisque les secteurs de programme sont récents, il n'est pas possible de les définir par des exemples de projets choisis à des fins d'aide. Il serait souhaitable que le Conseil reçoive dans trois ans un rapport spécial comportant le résumé des projets appuyés par chaque groupe, une analyse des rapports entre ceux-ci et une évaluation de leur efficacité et de leur efficience par les résultats atteints, en fonction des orientations stratégiques déclarées; de plus, toute difficulté rencontrée devrait figurer dans ce rapport spécial. 44
10. Le Comité approuve l'initiative de la Division des sciences de la santé d'aider la Commission internationale indépendante sur la recherche et le développement; cette commission rend un service inestimable en précisant les priorités futures en matière de recherche sur la santé; ses efforts méritent vraiment l'encouragement du CRDI. 52
11. Le Comité croit qu'une collaboration plus étroite entre les universitaires canadiens, la collectivité scientifique et le CRDI pourrait être fructueuse et valable. En conséquence, le Comité appuie fortement et encourage l'initiative de la Division des sciences de la santé, qui a créé le réseau international de recherche et de formation en matière de santé. Ce réseau est un excellent moyen de favoriser l'engagement des universitaires canadiens à la santé internationale; le Comité appuie donc le maintien de cette aide. 53
12. Le Comité appuie le concept de l'aide intégrée aux instituts de recherche, est d'accord avec les idées exprimées dans le document de position de la Division des sciences de la santé et incite la Division à planifier d'autres projets AIIR, tant avec les autres divisions qu'avec d'autres organismes donateurs, afin d'atteindre cet important objectif qu'est le raffermissement et le réseautage des établissements. 55
13. Le Comité est d'accord avec les idées et recommandations du document de position de la DSSa sur l'alimentation, c'est-à-dire les projets en collaboration, l'aide à la recherche participative

- et à la formation en recherche sur la nutrition, la mise au point ou l'adoption de méthodes d'identification et de règlement des problèmes d'alimentation propres à l'ensemble de la collectivité, etc. Cependant, le calendrier de recherche décrit dans le document susmentionné est très vaste; il faut établir certaines priorités. Parmi les grandes priorités, mentionnons le recrutement de personnel de programme supplémentaire (ou de conseils) possédant des compétences en nutrition. 56
14. Le Comité reconnaît l'importance de la recherche sur l'éducation à la santé et la nécessité que cette recherche soit multidisciplinaire et se fonde sur la collaboration interdivisionnaire; le Comité est d'accord sur les sujets et thèmes que l'on projette de subventionner dans le document de position sur l'éducation à la santé qui fait partie du plan stratégique de la DSSa, et reconnaît la nécessité de les classer par priorité. Le Comité est d'avis qu'il est possible que le personnel de programme actuellement en poste ne possède pas toutes les compétences pour s'acquitter de tout le travail nécessaire pour l'élaboration et la surveillance des projets; il faudra peut-être des renforts et un peu d'aide de conseils de l'extérieur. 58
15. Le Comité de recherche appuie les plans de la Division visant à renforcer l'effectif régional et à accorder une plus grande autonomie aux bureaux régionaux; le Comité sait que cela a des répercussions sur le nombre d'années-personnes et les coûts, répercussions qu'il faudra régler. 60
16. Le Comité reconnaît l'importance de tenir compte des incidences déontologiques, politiques et environnementales et des autres aspects des projets de recherche pouvant dépasser les limites de l'évaluation scientifique conventionnelle. Le Comité appui les idéaux du Comité de déontologie. 68
17. Le Comité appuie les activités en coopération de la Division des sciences de la santé, mais presse la gestion du Centre de tenir compte des coûts administratifs de certains éléments de ces projets, tant en temps qu'en argent. 70

18. Le Comité recommande, comme première étape de simplification du travail de bureau, que le document sur le programme et le budget soit dorénavant préparé aux trois ans, plutôt qu'annuellement. 72
19. Le Comité voit d'un oeil favorable le projet de la Division des sciences de la santé de raffermir l'effectif régional et de mettre en place des rapports de coopération plus étroits avec les autres divisions et d'autres organismes, notamment l'ACDI. 74
20. Le Comité recommande qu'on fasse une analyse des coûts des deux démarches, dans le contexte d'un rapport 70/30, c'est-à-dire l'actuelle stratégie de régionalisation, et les coûts (théoriques) qui découleraient d'une décentralisation du fonctionnement; les conclusions de l'analyse devraient être remises au Conseil, lorsque l'étude sera terminée. Ces analyses doivent figurer dans les activités permanentes de la gestion du Centre. 75
21. Le Comité constate avec intérêt l'existence de deux stratégies divergentes. Il faudrait évaluer comparativement les mérites, coûts et avantages de chacune, dans le but soit de conserver cette diversité stratégique, soit de s'orienter vers un système uniforme dans l'ensemble du Centre. 76
22. Le Comité recommande que la Direction du Centre étudie la possibilité de faire davantage appel à des conseils canadiens et de faire rapport au Conseil des gouverneurs sur les conclusions de cette étude. 77
23. Le Comité recommande à la gestion du Centre de mener une étude sur les avantages, les inconvénients et les coûts relatifs des nominations non permanentes, comparativement aux nominations permanentes de personnel scientifique. 79

1. INTRODUCTION

Les travaux, les lignes de conduite et les plans stratégiques de la Division des sciences de la santé du Centre de recherches pour le développement international ont fait l'objet, en 1987-1988, d'une étude approfondie de division par un Comité du Conseil des gouverneurs composé de :

M. Francis Keppel, président
Dr Anne-Claude Bernard-Bonnin
Professeur M.G.K. Menon

Le Comité a retenu les services de deux conseils :

Dr K. Sune D. Bergstrom
Dr John M. Last

Mandat

L'étude a été menée conformément aux lignes directrices figurant aux notes d'information à l'intention des gouverneurs membres des comités d'étude¹ et conformément au mandat spécial approuvé en février 1987 et figurant intégralement à l'annexe I.

C'était un vaste mandat, dont le Comité s'est acquitté avec l'aide de deux conseils, surtout par l'étude des documents, des entrevues et des visites sur place. Le Comité n'a pu s'acquitter adéquatement de tous les points énoncés au mandat, compte tenu du délai et des ressources dont il disposait.

L'étude a été menée pendant la restructuration de la Division et la préparation de l'énoncé et du plan stratégique. Cette coïncidence avantageuse a suscité beaucoup d'interaction, surtout entre les conseils et le directeur et le personnel de la Division. Les membres du Comité et les conseils ont eu la possibilité, exceptionnelle, d'être observateurs et participants dans les travaux et réflexions de la Division. Les contacts avec les membres du

Comité et les conseils ont peut-être aidé le directeur et le personnel de la Division à mieux cibler le plan stratégique. Ainsi, l'étude s'est intégrée à un mécanisme de collaboration où les interactions ont oeuvré en synergie.

Le Rapport du Comité se fonde sur l'énoncé de la Division, le plan stratégique et divers documents de position et un certain nombre de documents courants, notamment le Programme des travaux et budget (PTB) de 1986-1987, 1987-1988 et 1988-1989, les Études des programmes et politiques (EPP), les rapports annuels du Centre et la vérification interne terminée en janvier 1988. Un échantillon de documents d'archives portant sur les projets en cours ou récemment terminés ont été également examinés. Les gouverneurs ont recueilli de l'information pendant les visites sur place, dans les Antilles et en Afrique occidentale et, en compagnie des conseils, en Afrique orientale.

Les conseils ont mené des entrevues auprès du personnel de la DSSa et des autres divisions et des personnes-clés des organismes affiliés. L'étude puise également dans l'Étude approfondie de division (EAD) de la Division des sciences sociales (DSSo), car il existe, nous le verrons, nombre de domaines de collaboration entre la DSSa et les autres divisions, notamment la DSSo. Nous a été particulièrement utile une étude des activités de coopération entre la DSSa et la DSSo, préparée par le Dr Frances Stewart. On trouvera à l'annexe II la liste des personnes interviewées.

Première étude de la Division des sciences de la santé

Voici donc la première EAD jamais consacrée à la Division des sciences de la santé. Cette raison suffit à en indiquer l'importance : c'est l'occasion d'obtenir des

renseignements détaillés et d'élaborer des plans à long terme pour l'orientation future des travaux de la DSSa.

2. SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT

Lorsqu'il s'agit de santé, on pense généralement aux personnes, mais selon la pensée la plus moderne, la santé est une ressource humaine essentielle que doivent posséder toutes les collectivités et toutes les personnes, pour atteindre vraiment leur potentiel. Ce concept de santé était omniprésent dans les discussions de la Première conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui a eu lieu à Ottawa en 1986. Cet aspect a été étudié par Noack.² Le concept se précise dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.³ A partir de ces concepts, on trouve une définition concise mais utile de la santé dans la deuxième édition du "Dictionary of Epidemiology"⁴ :

La santé est un état d'équilibre dynamique où la capacité d'une personne ou d'un groupe de s'adapter à toutes les circonstances de la vie est à son niveau optimal. (traduction libre)

Les gens en santé sont en équilibre les uns avec les autres et avec leur milieu physique, biologique et social. Les incapacités qui sapent la vitalité d'une population économiquement active et les maladies évitables, causes de décès prématurés, sont parmi les plus grands handicaps au développement.

Dans nombre de pays en développement, il existe nombre de cercles vicieux (pauvreté, ignorance, mauvaise nutrition, mauvais logement et organismes pathogènes non contrôlés) qui agissent ensemble comme une barrière à toute amélioration du bien-être économique et social. Maîtriser ces problèmes complexes exige des stratégies à l'avenant.⁵ L'éradication de la malaria, non seulement ne fonctionne pas dans de nombreux environnements, particulièrement en Afrique, mais même si elle fonctionnait, des réussites ponctuelles comme

celle-là ne pourraient, seules, améliorer l'état de santé et les conditions de vie des gens dans de nombreuses sociétés en développement.

Les problèmes de santé du Tiers-Monde doivent être abordés sur divers plans et le modèle biomédical traditionnel doit être élargi par une variété de mesures socio-culturelles et environnementales. La recherche sur la santé dans le Tiers-Monde doit se multidiscipliniser davantage, si elle doit répondre aux besoins complexes de ces gens. Sachant cela, la Division des sciences de la santé s'est dotée d'une ligne de conduite qui orientera ses programmes en ce sens : c'est une réorientation profonde.

A l'assemblée de l'Organisation mondiale de la santé, en 1979, une résolution a été adoptée voulant que, d'ici l'an 2000, tous les citoyens du monde atteignent un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive : "La santé pour tous d'ici l'an 2000."⁶ Cela est venu confirmer les conclusions de la Conférence d'Alma-Ata de 1978,⁷ où les délégués ont convenu que la meilleure façon d'oeuvrer en faveur de la santé serait de faire en sorte que, d'ici l'an 2000, tous les citoyens du monde puissent bénéficier des soins de santé primaires. Les soins de santé primaires englobent non seulement les services médicaux personnels et de protection de la santé, mais également des mesures environnementales aussi essentielles que de l'eau propre et l'élimination sanitaire des excréments. Depuis la fin des années 1970, certains progrès ont été réalisés, tant dans les pays en développement que dans le monde industrialisé, mais il reste beaucoup à faire. Depuis 1979, d'autres résolutions sur des mesures multisectorielles de promotion de la santé ont été adoptées dans diverses réunions annuelles de l'Assemblée mondiale de

la santé. Des spécialistes de l'OMS et d'ailleurs reconnaissent la nécessité d'attaquer les problèmes de santé sur de nombreux fronts non-traditionnellement reconnus comme relevant du domaine des services de santé.

La santé dépend de nombreux facteurs physiques, biologiques et comportementaux. Autrefois, on faisait une distinction entre ces facteurs et on en étudiait les effets isolément les uns des autres. On sait maintenant que c'est irréaliste : la recherche et le développement veillent de plus en plus à ne pas séparer ces déterminants de la santé, mais à les considérer ensemble. A titre d'exemple, on peut amener de l'eau potable dans les villages ruraux de nombreux pays en développement, grâce à des pompes manuelles; cependant, même si les pompes manuelles s'attaquent à un problème physique, celui d'extraire de l'eau des dépôts souterrains, le problème de la contamination biologique n'est pas encore réglé; de plus, il faut éduquer la population, afin qu'elle adopte de nouveaux comportements qui préviendront la contamination accidentelle, par exemple de l'eau mise en réserve après avoir été extraite à l'aide des pompes manuelles.

Travail d'équipe en santé internationale

En préconisant des recherches sur un vaste éventail de facteurs aidant à déterminer l'état de santé des populations des pays en développement, la DSSa apporte une importante contribution au thème "La santé pour tous." Ce rôle, elle ne s'en acquitte pas isolément : le CRDI et la DSSa font partie d'un vaste réseau regroupant un grand nombre d'organismes internationaux, nationaux, bilatéraux et autres, actifs dans le domaine de la santé internationale.

Il existe de nombreux acteurs importants à ce propos : les agences des Nations Unies, par exemple l'OMS, le FISE, le PNUD, le FNUAP, la Banque mondiale, les organismes nationaux et bilatéraux qui dispensent de l'aide publique au développement, par exemple USAID, la Swedish International Development Authority, et l'Agence canadienne du développement international (ACDI), ainsi que des fondations telles la Rockefeller et la Ford, de nombreux organismes de bienfaisance, des groupes religieux, des fondations privées et des organismes non gouvernementaux.⁶ Le CRDI est un phénomène rare, presque unique, car il offre des subventions à l'égard de recherches menées par les gens des pays en développement, en collaboration avec des Canadiens et d'autres conseillers; ce rôle est aussi important dans le domaine de la santé que dans tout autre secteur.

Il existe une interaction et une communication très poussées entre les principaux organismes donateurs, dans le domaine de la santé internationale, en grande partie par des réseaux non-officiels. Ces réseaux sont particulièrement importants dans la recherche fondée sur la collectivité (par opposition à la recherche en établissement). La recherche de la collectivité se définit comme celle qui a lieu dans la collectivité, par des chercheurs en contact direct avec les gens.

Les chercheurs de la collectivité ont habituellement des canaux de communication efficaces avec la base, c'est-à-dire les collectivités où ils font des recherches, mais il est peu probable qu'ils aient entendu parler de recherches connexes entreprises ailleurs, même si nombre d'autres personnes étudient des problèmes analogues. En l'absence de réseaux passant par les organismes subventionnaires, les chercheurs risquent d'être très isolés. Les réseaux établis

et entretenus par le personnel des programmes de la DSSa (et de la DSSo, qui est souvent mise à contribution) jouent un grand rôle, car ainsi les chercheurs issus de la collectivité ne sont moins isolés les uns des autres.

3. HISTORIQUE DE LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ (DSSa)

L'historique de la DSSa se retrouve à la partie I de l'Énoncé de la Division.⁹ Elle s'appelait autrefois la Division des sciences de la population et de la santé et s'occupait d'abord surtout de subventionner la recherche sur les méthodes de régulation de la fécondité, sur la démographie et la politique de peuplement, ainsi que l'exécution des services de santé ruraux. Au début des années 1970, la Division s'est orientée vers l'adduction d'eau et l'assainissement dans les campagnes; vers le milieu de la décennie, elle se tournait à nouveau vers les maladies tropicales et, à la fin de la décennie, vers la santé professionnelle et environnementale; au début des années 1980, elle accordait la priorité à la recherche sur les services de santé. En 1976, les programmes touchant la démographie et la politique de peuplement ont été cédés à la DSSa.

Au fil des ans, une évolution est intervenue dans la terminologie des services divisionnaires et leur activité principale. Au fil des changements dans la direction et la politique de gestion, parfois, ces restructurations ont peut-être eu certains effets sur le moral du personnel du programme. Le changement de priorité vers certains secteurs de programme a pourtant précédé, plutôt que suivi, les grands thèmes des programmes des principaux organismes internationaux, par exemple l'OMS, la Banque mondiale et le FISE. La Division s'est occupée de la prestation des soins de santé en milieu rural dès le début des années 1970, bien avant la Conférence d'Alma-Ata (1978) sur les soins de santé primaires; et vers le milieu des années 1970, elle subventionnait en milieu rural l'adduction d'eau et

l'assainissement, avant la promulgation de la Décennie internationale de l'OMS de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990). Ainsi, la DSSa fait de toute évidence oeuvre de leadership et a servi de modèle à d'autres organismes d'aide au développement.

Malgré l'absence de changement dans la structure de la Division entre 1983 et le milieu de 1985, la mission, les objectifs et l'orientation des programmes de la Division ont été ciblés pour les rendre conformes au mandat du Centre.¹⁰ La mission et les objectifs du Centre ont été abondamment scrutés et examinés au séminaire de 1986 sur la politique et la gestion. Ce séminaire était la conséquence et le suivi de la réunion de New Delhi où le Conseil des gouverneurs a discuté de la mission et de l'idéologie du CRDI et a insisté sur l'importance des thèmes et de la cohérence.

Au séminaire de 1986 sur la politique et la gestion, on a pris d'importantes discussions sur les politiques du Centre, notamment en ce qui touche les questions de réceptivité, de concentration des ressources, de cohérence (ou interdépendance des divers éléments du développement), la poursuite des démarches thématiques, le soutien intégré aux établissements de recherche et l'évaluation.¹¹ La DSSa a joué le rôle qui lui revenait dans les discussions et dans les mesures qui en ont découlé, il a entrepris d'aligner leur programme avec la reaffirmation de la mission et les objectifs du Centre. Entre 1983 jusqu'au milieu de 1987, la Division s'est structurée en cinq secteurs, santé maternelle et infantile, maladies tropicales et infectieuses, systèmes de santé, approvisionnements en eau et services d'hygiène, ainsi qu'hygiène du travail et toxicologie environnementale. A l'été 1987, elle s'est restructurée pour refléter la philosophie énoncée au séminaire de 1986 sur la politique et

la gestion et aux nouvelles idées touchant les besoins de recherche en santé pour le développement, en trois secteurs de programme.

4. MANDAT, MISSION ET OBJECTIFS DE LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ

La Division des sciences de la santé fait partie du CRDI et, à ce titre, partage son mandat¹² qui est :

"d'entreprendre, d'encourager, de soutenir et de poursuivre des recherches sur les problèmes des régions du monde en voie de développement et sur les moyens d'application et d'adaptation des connaissances scientifiques, techniques et autres au progrès économique et social de ces régions et, dans la réalisation de ces objets,

- a) de s'assurer les services de scientifiques et techniciens des sciences naturelles et des sciences sociales tant du Canada que de l'étranger;
- b) d'aider les régions en voie de développement à se livrer à la recherche scientifique, à acquérir les techniques innovatrices et les institutions requises pour résoudre leurs problèmes;
- c) d'encourager en général la coordination de la recherche pour le développement international; et
- d) de promouvoir la coopération en matière de recherche portant sur les problèmes de développement entre les régions développées et les régions en voie de développement, à leur avantage réciproque."

La mission et les objectifs de la Division des sciences de la santé ont été exprimés dans l'EPP VIII (1987-1988 à 1990-1991),¹³ et les objectifs ont été légèrement révisés dans le plan stratégique,¹⁴ pour tenir compte des priorités réévaluées :

Mission et objectifs

La Division des sciences de la santé a pour mission de subventionner les travaux de recherche consacrés à la

création de bons systèmes de santé communautaires qui contribueront à améliorer la santé et le bien-être des pauvres vivant en milieu rural ou péri-urbain.

- a) Déterminer les besoins et les priorités des communautés en matière de santé et mettre au point des systèmes (de soins) de santé susceptibles de répondre à ces besoins (recherche sur les services de santé).
- b) Élaborer et appliquer des politiques, des programmes et des technologies visant à améliorer la santé et le bien-être des femmes et des enfants (hygiène maternelle et infantile).
- c) Mettre au point des méthodes nouvelles et des méthodes améliorées pour prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies transmissibles (maladies tropicales et maladies infectieuses).
- d) Élaborer des politiques, des méthodes et des technologies permettant d'améliorer l'environnement physique des communautés de l'environnement physique et social des individus (approvisionnement en eau et hygiène, santé professionnelle et toxicologie de l'environnement).

Ces objectifs révisés ne sont pas conformes aux secteurs de programme créés par la restructuration (décrite plus loin) de la Division des sciences de la santé.

Dans l'EPP IX (1988-1989 à 1991-1992)¹⁵, la Division des sciences de la santé témoigne de son intention de continuer à insister sur la recherche fondée sur la collectivité et visant à améliorer la santé communautaire. Il faut entendre par recherche fondée sur la collectivité celle qui fait directement appel aux personnes, dans la collectivité, par comparaison à la recherche en établissement. On confirme dans l'EPP IX que la Division prévoit l'évolution de trois secteurs de concentration (secteurs de programme), appelés ici santé et comportements humains, santé et environnement et systèmes de santé (en remplacement des secteurs actuels). En outre, les efforts à

consacrer aux pays les plus pauvres du monde, particulièrement en Afrique, devraient trouver des catalyseurs dans la mise en place de représentants régionaux à Dakar et à Nairobi, en 1986-1987, et au Caire en 1987-1988.

A la réunion annuelle (mai 1987) du personnel de la Division des sciences de la santé, on a fait un examen détaillé et réfléchi du mandat, des lignes de conduite et de la structure de la DSSa et pris certaines décisions importantes¹⁶ touchant la planification stratégique, l'établissement des priorités, la définition des collectivités, les paramètres que le Centre doit utiliser pour subventionner la recherche, la structure de la Division, les questions administratives, par exemple les modalités d'examen et de surveillance des projets, l'élaboration des projets et l'évaluation. Ces points sont abordés plus loin dans la présente. Le résultat le plus évident jusqu'à maintenant de la réunion annuelle de 1987 du personnel a été la restructuration de la DSSa en trois secteurs de programme remplaçant les anciens secteurs. Cette restructuration est essentielle à la mise en application des lignes de conduite de la DSSa (voir partie 6).

La DSSa s'acquitte de son mandat et de sa mission et atteint ses objectifs de la façon qui a fait la marque du CRDI : la méthode directe et réactive en recherche sur le développement. La séquence souhaitée est décrite dans le document Selon nos idées¹⁷ : d'abord l'idée, qui vient à l'esprit d'un chercheur, et ensuite, les contacts entre les chercheurs volontaires et un membre du personnel du Centre, habituellement au niveau de l'administrateur de programme.

Par la suite, l'idée est évaluée et plusieurs questions-clés sont abordées :

- * Est-ce une priorité nationale et du CRDI?
- * Utilise-t-on au maximum les ressources locales?
- * Le projet débouchera-t-il tôt sur des avantages pour les personnes?
- * Existe-t-il des activités analogues auxquelles on pourrait greffer le projet?
- * Le coût est-il raisonnable, les fonds existent-ils?

Vient habituellement ensuite beaucoup d'interaction entre le chercheur éventuel et le personnel de programme du CRDI, avant que l'idée ne devienne un projet pouvant faire l'objet de recherches. Souvent, cela exige une démarche interactive, et parfois proactive, de la part du personnel de programme, avec une ou plusieurs visites sur les lieux du projet. Le personnel de programme de la DSSa, tout comme ailleurs au CRDI, consacre la plus grande partie de son temps à l'élaboration des projets, surtout en interaction avec le personnel de projet dans les pays en développement.

5. RENDEMENT PASSÉ ET ACTUEL DE LA DIVISION

Depuis la création de la Division en 1971, les principales activités qu'elle appuie tombent dans plusieurs catégories bien précises, brièvement résumées à la partie 3 des présentes. Leur importance a changé avec le temps et les priorités.¹⁶

Il a toujours existé une étroite collaboration fonctionnelle entre la DSSa et les autres organismes donateurs dans le domaine de la santé internationale. Aucun autre organisme n'a exactement la même mission et les mêmes objectifs que le Centre; en fait, la plupart des organismes, internationaux, bilatéraux, non gouvernementaux ou fondations privées, ont une mission, des objectifs et des priorités bien précis qui diffèrent d'un organisme à l'autre. Il est donc logique que ces organismes conservent entre eux des contacts étroits. Il existe de nombreux canaux officiels de communication par lesquels les demandes d'aide sont acheminées aux organismes pertinents et qui permettent au personnel supérieur et aux conseillers d'échanger des renseignements de temps à autre, de préciser les priorités et de modifier leurs plans. En outre, il existe des véhicules plus officiels d'enrichissement et de communication; certains sont abordés plus loin.

Orientations de l'aide à la recherche

Le soutien que la Division a accordé à la recherche n'a pas été le même dans toutes les régions en développement. Aucune tendance précise ne se dégage.¹⁹ La diversité des sujets et des thèmes de l'aide^{20, 21} montre que la DSSa a adopté le concept de l'ensemencement et qu'elle étend le plus possible les fonds disponibles, dans l'espoir qu'au moins une

partie de l'aide se traduira par des investissements fructueux et la création d'une capacité de recherche.

La plus grande partie de l'aide de la DSSa est allée aux pays de la catégorie revenus moyens-inférieurs et, dans une proportion beaucoup moindre, aux pays à faibles revenus.²² Ainsi qu'on peut le lire dans l'énoncé de mission de la Division, cela peut rendre compte de la faiblesse relative des établissements de recherche et des difficultés pratiques d'effectuer des recherches dans les pays les plus démunis du monde. Rares sont ceux qui ont l'infrastructure nécessaire, et encore moins des établissements de recherche dignes de ce nom. Les graphiques et diagrammes en camembert établis pour la réunion annuelle du personnel de la DSSa (1988) donnent un aperçu de la répartition des coûts (figures 1 et 2).

Certains pays ont reçu 20 subventions de la DSSa ou davantage, notamment l'Inde (21), la Corée (23), la Malaisie (25), le Kenya (26), les Philippines (27), l'Indonésie (32) et la Thaïlande (38). Cela représente près du tiers de toutes les subventions de la DSSa et près du quart des fonds réservés par la Division à cette fin.²³ A l'extrémité opposée de l'échelle, parmi les 72 pays en développement qui ont reçu des subventions de la DSSa, 25 pays ont reçu trois subventions ou moins. Comme on l'indique dans l'énoncé de mission de la Division, cela rend compte du degré de réceptivité de la DSSa et des lacunes dans le soutien à la coordination, au niveau du pays. Cependant, il faut s'interroger sur la valeur à long terme des projets de recherche ponctuels, sans suivi, particulièrement dans les pays extrêmement démunis. La répartition franchement inégale de l'aide dans certains pays, de préférence à d'autres, est peut-être l'indice que les candidats des premiers savent

mieux comment obtenir des subventions, comparativement aux aspirants chercheurs d'autres pays ayant des besoins et ressources analogues.

Le nombre de projets subventionnés par année a augmenté considérablement à compter de 1983 : on note une diminution presque correspondante de l'importance moyenne des subventions. Un nombre relativement restreint de projets ont débouché sur la publication d'articles dans les revues professionnelles, mais il se peut que la proportion ait augmenté ces dernières années. Dans l'ensemble, il s'est agi de projets modestes, restreints dans le temps et couvrant un très large secteur de la recherche sur la santé.

L'ensemencement se fonde sur la croyance qu'une certaine part de l'aide au développement doit porter fruit, mais on ne peut en démontrer la véracité sans une évaluation rigoureuse de tous les projets, de préférence en fonction de protocoles uniformes. Ceci n'a jamais été fait. Les conditions de santé se sont améliorées dans nombre de pays en développement, depuis la création du CRDI, mais on ne peut en tirer aucune relation de cause à effet; on commence à penser que les investissements passés dans la recherche sur la santé dans le Tiers-Monde ne se sont traduits que par de bien faibles résultats. Il est raisonnable de fonder les investissements en recherche sur des priorités soigneusement étudiées et c'est une règle qu'on applique de plus en plus.

Dans l'énoncé divisionnaire, on peut lire en outre que, jusqu'à récemment, la plupart des projets subventionnés par la Division étaient monodimensionnels, axés sur les problèmes (thèmes ou disciplines). On peut les classer de plusieurs façons, tel que de la façon proposée dans l'énoncé, à savoir par ciblage ou thème. Dans l'analyse présentée dans l'énoncé

divisionnaire, 11 thèmes ont été définis, c'est-à-dire technologie/intervention, épidémiologie descriptive, essais d'épidémiologie clinique, aspects administratifs des interventions en sciences de la santé, aspects culturels et socio-économiques, évaluation des interventions, évaluation environnementale, incidences sur la santé, création d'une capacité de recherche, formation, et autres projets. Certaines de ces catégories sont répétitives ou se chevauchent. D'autres méthodes de classification des projets subventionnés par la Division, qui faciliteraient l'évaluation des projets terminés (voir partie 8 des présentes), il serait utile de dégager certaines caractéristiques des projets de recherche, notamment :

- a) disciplines/thèmes
- b) en établissement - (i) université
- (ii) organisme gouvernemental
- (iii) ONG, etc.
- c) fondé sur la collectivité
- d) élément évident touchant la création d'une capacité de recherche
- e) lien évident avec la politique en matière de santé
- f) possibilité de publication/dissémination des résultats

Thèmes et collaboration interdivisionnaire

Le nombre de thèmes identifiables par projet a augmenté. Voici un extrait de l'énoncé divisionnaire :²⁶

"Les projets de la DSSa ont acquis plus d'ouverture, avec le temps, et ... la division elle-même s'est réorientée de la mise au point de techniques et d'intervention et des essais sur le terrain vers leur évaluation, la préparation de profils d'hygiène et l'examen des aspects administratifs des interventions ... et, a fait des efforts concertés pour appuyer les projets de plus grande portée."

Entre autres choses, cela s'inscrit dans l'orientation principale de la politique du Centre, c'est-à-dire la création d'une capacité de recherche. C'est également conforme au concept mis de l'avant à la réunion du Conseil des gouverneurs, à New Delhi, ainsi qu'au séminaire 1986 sur la politique et la gestion : accent sur les thèmes et la cohérence.

Par le passé, la plupart des projets administrés par la DSSa ne faisaient que relativement peu appel, ou pas du tout, à la collaboration du personnel de programme des autres divisions, mais on assiste, ces dernières années, à une orientation progressive vers la coopération, dans des projets faisant appel à la compétence du personnel de deux divisions ou davantage.¹ La coopération interdivisionnaire a peut-être atteint son maximum dans un projet sur la lutte contre la maladie de Chagas, au Paraguay,²⁷ où cinq divisions unissent leurs efforts. Pareil travail d'équipe correspond exactement à l'approche thématique dont le Conseil des gouverneurs a discuté à sa réunion de New Delhi et qui a été adoptée en 1986 au séminaire sur la politique et la gestion. Bien qu'il soit peut-être trop tôt pour évaluer en détail la valeur de cette stratégie, les impressions initiales sont très favorables.

On ne peut restreindre certaines activités aux limites d'une seule division. Dans le jargon du CRDI, on a utilisé le mot "stripe" ou pluridisciplinarité pour décrire des thèmes touchant la compétence normale de plusieurs divisions et faisant appel à leur personnel pour la préparation et la gestion des projets. Citons comme exemple la recherche sur la santé des femmes dans les pays en développement, où la compétence du personnel de programme de la DSSa et de la DSSo entrent à parts égales, ainsi que les problèmes des

populations migrantes, qu'il s'agisse de migrants nationaux ou de réfugiés, où les aspects socio-culturels ne peuvent être étudiés isolément de ceux touchant directement la santé. Mieux on connaît ces problèmes, plus on constate qu'il serait insensé d'isoler les tentatives de solution dans les limites des disciplines conventionnelles. La justification d'une façon nouvelle et multidisciplinaire d'aborder les problèmes de santé et de développement fait l'objet d'une analyse plus complète dans le cadre de la restructuration de la Division (voir partie 6).

Une critique que l'on pourrait formuler à l'égard des projets en collaboration faisant appel au personnel de deux ou plusieurs divisions et dont ont fait état plusieurs administrateurs de programme du Centre est que cela peut aboutir à une double charge au niveau de la paperasserie et des aspects bureaucratiques de la gestion de projet. S'il en est ainsi, il faut trouver une solution, car en termes de productivité de la recherche, il est évidemment souhaitable de réunir les compétences et ressources les plus adéquates, sans égard à la division où elles se trouvent. En même temps, il ne faudrait pas que ces spécialistes dévoués et surchargés de travail aient à s'acquitter de leurs tâches en songeant toujours aux évaluations de rendement qui exigent d'eux de reprendre le même travail de paperasserie qu'ont fait leurs collègues. Une refonte des modalités de la DSSa pourrait permettre d'éliminer le double emploi, au moins au niveau de la paperasserie.

Le Dr Frances Stewart, conseil auprès du comité responsable de l'EAD de la DSSo et qui a également collaboré avec le présent comité, a proposé la création de nouveaux regroupements, c.-à-d. touchant l'alimentation et l'éducation à la santé.²⁶ Une solution serait de maintenir et de

favoriser la prolifération de groupes de travail spécialisés débordant des limites divisionnaires actuelles (c.-à-d. le concept de pluridisciplinarité); par contre, il ne faudrait pas favoriser une fragmentation plus poussée des groupes au Centre. Il est probable que les ententes actuelles de coopération entre administrateurs de programme dans diverses divisions, ententes qui sont nées en fonction des besoins de recherche, sont la meilleure façon d'aborder la situation. Cette pluridisciplinarité va au-delà de la structure divisionnaire et réunit des groupes de travail s'occupant de questions comme les femmes et le développement, l'alimentation et le soin des réfugiés. Ces groupes semblent bien fonctionner.

Le Comité approuve l'approche coopérative interdivisionnaire sous-jacente au concept de pluridisciplinarité et en favorise le développement, car c'est probablement la meilleure façon de faire face à l'évolution des besoins en matière de recherche.

Évaluation du travail de la Division

Les gouverneurs faisant partie du comité d'étude et les conseils ont fait des visites sur place et examiné les dossiers de projet d'un échantillon de projets actuels et récemment terminés, afin d'évaluer plus en détail le travail de la Division. Ces examens et analyses éclairent les réalisations de la DSSa au niveau de la création d'une capacité de recherche et laissent voir que les nouvelles stratégies décrites au plan (voir partie 7) sont peut-être plus efficaces à cette fin que l'ensemencement.

Le Comité a examiné les dossiers de 16 projets en cours ou récemment terminés et s'est particulièrement attaché à la

façon dont le projet a été lancé, à sa pertinence et à la possibilité de créer par ce moyen une capacité locale de recherche. Dans l'ensemble, l'étude laisse une impression favorable. Les dossiers de projet permettent de constater que le personnel de programme de la Division possède une grande capacité d'adaptation aux divers besoins régionaux et locaux. Les mécanismes utilisés pour préparer et examiner les propositions semblent bien fonctionner. L'étude a permis de confirmer la valeur d'une utilisation plus systématique des examinateurs externes et des conseils locaux et étrangers possédant les compétences nécessaires et fait ressortir l'importance de la collaboration entre les organismes internationaux oeuvrant dans le domaine de la santé.

Certains projets examinés de cette façon et d'autres, en Jamaïque et en Afrique orientale et occidentale, ont été inspectés par des membres du Comité et par les conseils. Encore une fois, l'impression globale a été favorable. Dans certains des projets d'Afrique occidentale, on a observé un écart entre ce qui figurait au dossier du Centre et ce qui se produisait sur place. Les distances considérables et la faiblesse des réseaux de communication et de transport d'Afrique occidentale posent des défis énormes, étirant à sa limite la capacité pourtant connue des administrateurs de programme.

En Jamaïque, les impressions globales étaient plus favorables. L'interaction entre les chercheurs jamaïcains et le personnel de programme du CRDI a été, de l'avis des chercheurs, très constructive et utile, malgré qu'on craignait que le parachèvement d'un projet réussi puisse ne pas aboutir à un maintien de l'aide à des travaux connexes subséquents. Cela rend peut-être compte d'un échec partiel

du personnel de programme à vraiment expliquer la façon dont fonctionne le CRDI.

En Afrique orientale, virtuellement tout le personnel de projet interviewé a donné un écho très favorable de son interaction avec le personnel de programme du CRDI. Les canaux de communication semblent bien fonctionner et l'entente est excellente entre les chercheurs et le personnel du CRDI sur les façons dont le Centre peut favoriser le mieux le développement d'une capacité de recherche. Il est rare que les décisions se soient faites attendre (p. ex. à savoir si un projet recevrait de l'aide). Parfois, il s'écoule beaucoup de temps entre la demande d'aide financière et la réception de cette aide; cela peut provoquer des problèmes, particulièrement lorsque le personnel a été rémunéré parce qu'on a pris un engagement à leur endroit. Il y a eu quelques erreurs. Par exemple, dans un pays où les devises sont strictement contrôlées, les fonds à l'égard d'un projet exigeant l'achat d'un véhicule ont été convertis en devises locales, tandis qu'ils auraient dû être conservés dans un compte externe pour le paiement de certains articles coûteux d'importation, impossibles à acheter en monnaie locale.

En bref, ces examens ont permis de constater que la démarche de la DSSa est productive et pertinente, malgré le peu de preuve que ses efforts permettent de créer une capacité de recherche ou d'établir de véritables réseaux de communication entre les chercheurs. En même temps cela a permis de faire ressortir certaines failles, notamment les problèmes dus à la faiblesse des réseaux de communication entre les projets proprement dits et les administrateurs de programme, dans les endroits éloignés difficiles d'accès aux travailleurs sur place (que l'on entende par éloigné un bureau régional ou le Centre, à Ottawa). Une autre

faiblesse : parfois, il y a de longs retards entre la formulation d'une demande précise et l'arrivée sur place de l'aide demandée. (Parfois, ces retards sont dus aux modalités et relèvent des gouvernements des pays en développement.) Compte tenu des réalités géographiques et des canaux de communication, il est possible que certaines difficultés d'accès et certains retards soient impossibles à régler, mais on peut réduire leurs effets par simplification des modalités administratives et réduction du nombre d'étapes nécessaires au processus décisionnel.

Les dirigeants de certains autres organismes d'aide au développement estiment que le CRDI a besoin d'une documentation plus abondante, comparativement à l'ampleur de son aide, que d'autres organismes analogues et que le processus décisionnel est plus lourd. Quoi qu'il en soit, le CRDI s'est taillé une réputation enviable parmi ces mêmes organismes pour sa méthode directe et sa réceptivité. Dans la mesure où les problèmes attribuables à la bureaucratie ont trait à la lenteur du processus décisionnel entre les bureaux régionaux et Ottawa, une mesure évidente pour améliorer un peu les choses est de déléguer davantage de pouvoirs de décision au personnel de programme des bureaux régionaux (c'est ce qui se produit actuellement).

Le Comité incite la Division des sciences de la santé à prendre des mesures afin de déléguer plus de pouvoirs et de responsabilités au personnel des bureaux régionaux, pour améliorer le temps de réponse du Centre.

Conseils internationaux de recherche

Par sa Division des sciences de la santé, le CRDI a pris part à plusieurs grands projets coopératifs

internationaux dans le domaine de la santé et a notamment apporté son aide aux programmes spéciaux de l'OMS, du FISE et de la Banque mondiale. Ainsi, à titre d'exemple, l'aide du CRDI à la préparation de méthodes de régulation de la fécondité humaine, p. ex. le Norplant, a remporté un succès sans précédent.

Le CRDI a joué un rôle décisif dans la préparation du Norplant par le Population Council (environ 50 %) pendant la dernière décennie. Ce succès est désormais l'objet d'un suivi : une recherche sur l'acceptation et la distribution. Un des projets permanents qui reçoit une aide considérable du CRDI est le vaccin anti-fécondité, en développement en Inde. Aucun de ces projets n'auraient été entrepris par l'industrie pharmaceutique selon les formes traditionnelles, c.-à-d. en attendant un rendement raisonnablement certain.

Une situation analogue existe à propos des médicaments et vaccins qui seront surtout utilisés dans les pays en développement. C'est l'origine des programmes spéciaux de l'OMS visant la recherche et la mise au point de médicaments et de vaccins dans le domaine des maladies tropicales,²⁹ des maladies diarrhéiques³⁰ et de la reproduction humaine.³¹ Ces trois programmes sont en fait de véritables conseils internationaux de recherche régis par des groupes où une majorité des membres sont des représentants choisis par les gouvernements des pays en développement et qui sont, du point de vue scientifique, régis par des groupes internationaux de chercheurs. Ces trois programmes ont permis la mise au point de plusieurs nouveaux produits, grâce à de vastes essais cliniques qui en sont à diverses étapes d'homologation et de mise en application.

Il serait difficile de surestimer l'importance de ces programmes pour les services de santé des pays en développement, maintenant et pour l'avenir. Le CRDI a joué un rôle essentiel dans leur création : nombre de pays en développement y apportent une contribution symbolique, comme preuve de leur reconnaissance. Ces programmes sont en outre des tribunes internationales essentielles pour suivre et orienter le front de la recherche biomédicale dans des domaines extrêmement importants pour les soins de santé dans les pays en développement. A l'avenir, la DSSa et la DSSo continueront à jouer un rôle important en apportant leur aide à la recherche sur l'acceptation et l'utilisation de ces nouveaux produits.

Le Comité recommande que le CRDI conserve et, si possible, élargisse son rôle dans les programmes spéciaux de l'OMS, du FISE et de la Banque mondiale, c.-à-d. les programmes de recherche sur la reproduction humaine et les maladies tropicales et de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Étude et évaluation des projets

L'étude, l'évaluation et la surveillance des projets sont régies par des modalités bien précises. On utilise à cette fin une formule de résumé de projet afin de recueillir un ensemble précis de renseignements sur chaque proposition appuyée par la Division. Il existe un système d'examen de projet où les administrateurs de programme et (ou) les directeurs associés, avec l'aide, si nécessaire, de spécialistes compétents, étudieront soigneusement la valeur scientifique et la faisabilité des projets, ainsi que la compétence du personnel désigné à cette fin. La surveillance exige la participation constante du personnel de programme,

ce qui semble bien fonctionner, d'après l'information tirée des dossiers examinés. En faisant davantage appel à des conseils de l'extérieur, provenant notamment de la collectivité des chercheurs canadiens, il serait possible d'améliorer le mécanisme d'examen, tout en sensibilisant davantage le monde universitaire canadien aux questions de santé internationale, ce que nous verrons plus loin. Ces conseils de spécialiste seraient particulièrement souhaitables lors de l'évaluation des méthodes statistiques et épidémiologiques et des projets comportant des analyses économiques.

Cependant, il est possible qu'il faille apporter certaines modifications à la méthode chronologique adoptée par le CRDI, en matière de modalités d'examen de projet, pour répondre à l'évolution des circonstances dans le domaine de la recherche sur la santé. Les sciences biomédicales ont progressé à un rythme exponentiel, dans les pays industrialisés.³² On observe désormais des tendances analogues dans les pays en développement, où un nombre de plus en plus grand de propositions valables de recherche se font concurrence pour accaparer les modestes budgets réservés à cette fin. La méthode "premier arrivé, premier servi" a toujours fait partie du concept de réceptivité du CRDI, mais cela pourrait être injuste pour les enquêteurs dont les idées peuvent être plus longues à mûrir que celles de leurs pairs. Virtuellement tous les autres organismes subventionnaires dans le domaine de la recherche sur la santé utilisent un système d'examen de projet où les propositions sont étudiées par groupes, avant l'attribution des priorités et l'affectation des fonds, selon les disponibilités, aux propositions de recherche obtenant la plus grande priorité dans le cycle de financement.

Pour la première fois, la demande d'aide a dépassé les fonds disponibles, dans l'exercice écoulé; ainsi, la DSSa pourrait juger opportun d'adopter la même stratégie que les autres organismes subventionnaires. Il est manifestement injuste d'attribuer les fonds sur une base chronologique, si cela signifie que les demandes reçues vers la fin de l'exercice devront attendre jusqu'à l'année suivante pour être étudiées. En outre, cela aboutit à un effet "boule de neige" : les propositions de recherche s'accumulent et la liste d'attente devient interminable. Il est plus juste pour tous, et plus objectif, du point de vue scientifique, d'examiner les propositions par lots. Cela ne nuirait nullement à la réputation de réceptivité du CRDI, car dans tous les autres aspects, l'interaction entre les chercheurs éventuels et le personnel de programme et la surveillance des projets en cours demeurerait inchangée, tout comme la réceptivité. Tout ce qui changerait, c'est que pendant un court laps de temps, les projets s'accumuleraient, jusqu'à ce qu'il y en ait un petit nombre à étudier (de préférence par le personnel de la DSSa, en plus de conseillers extérieurs), lors de réunions périodiques. En fait, la Division a commencé à faire l'essai de nouvelles modalités d'examen tenant compte de la priorité et de la valeur scientifique des propositions, ce qui pourrait s'avérer une solution de compromis satisfaisante, par rapport aux efforts précédents visant à garantir la réceptivité, dans les contraintes imposées par les fonds limités.

Le Comité incite la Division des sciences de la santé à mener des expériences afin de mettre en place un système plus ordonné d'examen des projets afin de remplacer le système chronologique actuel.

En conséquence, il y aurait des dates limites de présentation des propositions de recherche; les propositions arrivant trop tard pourraient n'être étudiées qu'au cycle d'examen suivant. Cette modalité éventuelle devrait s'appliquer à tous les projets dépassant une certaine limite de financement. Compte tenu du conflit apparent que cela présente par rapport à la traditionnelle réceptivité du CRDI, la modalité devrait être soigneusement évaluée, ce qui prouvera probablement qu'elle ne nuit en rien à la réceptivité du Centre.

Conclusions des recherches et lignes de conduite en matière de santé

Il n'est pas facile d'évaluer les liens entre les projets et les agents de changement, c'est-à-dire le rapport entre les résultats de la recherche et les lignes de conduite et usages en matière de santé. Les rapports d'achèvement de projets contiennent certains renseignements sur les résultats des projets, mais peu ou rien sur la publication des résultats ou sur leur utilisation ou leur mise en application dans les lignes de conduite locales ou régionales touchant la santé. En outre, comme nous l'avons mentionné, seule une proportion comparativement modeste des projets subventionnés par le passé ont abouti à la publication des résultats, même si cette proportion semble avoir augmenté ces dernières années, si on peut se fier aux détails consignés dans les rapports annuels du CRDI.

Il est possible qu'il existe de nombreux facteurs qui freinent la communication des résultats aux utilisateurs éventuels.^{33, 34} L'examen des dossiers ne permet de tirer aucune conclusion et les interviews menés avec le personnel de projet ne donnent guère plus d'éclairage sur la question.

Il faut obtenir plus de renseignements sur cela et sur certains aspects connexes des résultats des projets, particulièrement dans la mesure où les projets réussis ont influé sur les lignes de conduite en matière de santé; il existe très peu d'information en ce domaine, sauf sous forme très superficielle et anecdotique, tant dans les pays industrialisés et riches que dans le Tiers-Monde. Les études d'évaluation des effets des résultats de recherche sur les lignes de conduite en matière de santé ont une priorité élevée.

Activités en collaboration

Comme nous l'avons mentionné, il existe au CRDI une interaction entre les spécialistes de la DSSa et ceux des autres divisions, interaction qui s'accroît, surtout entre la DSSa et la DSSo. Les entrevues auprès du personnel de programme de ces deux divisions faisaient souvent allusion à ces rapports officiels de collaboration fructueuse. Dans le personnel de programme, certains ont mentionné les inconvénients qu'il y avait à être à des étages différents ou à ne pas disposer d'une zone commune de circulation. Voilà un cas où on faciliterait les interactions informelles en mélangeant le personnel de ces deux divisions sur les mêmes étages.

Les directeurs des deux divisions reconnaissent l'existence de nombreux secteurs d'intérêt mutuel où les activités conjointes peuvent rendre la recherche plus efficace. Les activités en collaboration, particulièrement avec la DSSo, sont particulièrement évidentes dans les thèmes pluridisciplinaires : femmes, santé et développement, soins des réfugiés, alimentation, éducation à la santé, santé professionnelle en agriculture. Parmi les autres thèmes

exigeant la collaboration d'autres divisions, mentionnons la mise au point de systèmes d'information sur la santé (Division des sciences de l'information) et la diffusion des résultats de la recherche (Division des communications). La collaboration interdivisionnaire est non seulement essentielle dans ces grands thèmes et d'autres, mais elle est en plus souhaitable sous le rapport de la méthodologie de la recherche. De plus, elle a été fructueuse, avec la Division des bourses (DB), lorsqu'il a fallu subventionner des projets de formation, p. ex. pour un contingent d'épidémiologistes de Chine. Dans ce cas particulier, le programme de formation était administré par la DB, tandis que les fonds provenaient du budget de la DSSa.

Le CRDI n'a pas accordé d'aide aux systèmes nationaux ou régionaux d'information sur la santé. Cependant, certains projets de recherche ont utilisé ces systèmes comme base de données. Certains projets de coopération entre la DSSa et la DSI visaient certains types de systèmes d'information, p. ex. sur les poisons, au Sri Lanka.³⁵ Le CRDI serait malvenu d'accorder son aide à des systèmes nationaux ou régionaux d'information dans le domaine de la santé, car cela exigerait un engagement perpétuel, mais il serait souhaitable qu'il favorise les projets de mise au point et d'expérimentation dans ce domaine, compte tenu de la priorité élevée de ces systèmes dans le calendrier de "La santé pour tous d'ici l'an 2000."³⁶

L'éventail croissant de tactiques coopératives, tant dans les grands thèmes que dans les méthodes de recherche, s'étend à l'ensemble du Centre et mérite qu'on y applaudisse. La collaboration entre la DSSa et la DSSo a été très évidente, particulièrement dans les "pluridisciplinaires." Il existe une collaboration tout aussi étroite avec la DB, en

ce qui a trait aux subventions et bourses de formation dans le domaine de la santé, ainsi qu'avec la DSI, dans la mise au point de technologies d'information en matière de santé. Le comité qui a interviewé les directeurs divisionnaires et le personnel de programme dans la plupart des secteurs du CRDI garde une impression très favorable : un organisme vaste, complexe, où la collaboration est teintée d'harmonie et de productivité, où la "territorialité" semble absente.

Quoi qu'il en soit, les évaluations de rendement qui récompensent le personnel de programme en fonction du nombre de projets préparés et dirigés chaque année pourraient avoir un effet néfaste sur la coopération interdivisionnaire, de même que la coopération entre secteurs d'une même division où les activités sont clairement cloisonnées. Les secteurs de programme de la DSSa ont été créés pour rendre compte des réalités et des multiples aspects des problèmes de santé, mais en tant que sous-produit utile, cette restructuration devrait réduire les tendances à la territorialité entre secteurs, ces derniers n'existant plus.

L'éventualité que cela présente un problème est d'autant plus éloignée que le personnel professionnel possède une vision élargie des problèmes de développement. Cette largeur de vue, il est possible de la maximiser en recrutant du personnel possédant une formation poussée et une riche expérience en santé internationale, y compris une vaste expérience sur le terrain. Ce sont là les lignes directrices habituelles de recrutement de la Division et la meilleure illustration de leur réussite est le personnel de programme.

Il est tout aussi important que le personnel en poste ait des possibilités de formation en cours d'emploi, afin d'élargir et de parfaire ses compétences. Dans son rapport,

le Groupe de travail sur la formation et le perfectionnement recommandait plusieurs initiatives qui favoriseraient le perfectionnement du personnel de programme : orientation, recyclage, cours de rafraîchissement et, pour le personnel à long terme, plus de mobilité, des affectations, l'orientation de carrière, des possibilités de congés (d'études, sabbatiques, etc.). Voir page 67.

Limites divisionnaires à repenser?

Certains diront que le temps est venu de réévaluer la structure divisionnaire du CRDI, compte tenu de la portée des thèmes pluridisciplinaires exigeant la coopération et la multidisciplinarité et impossibles à confiner dans les limites conventionnelles des divisions établies. De plus, les autres secteurs d'interface entre les divisions actuelles fonctionneront peut-être plus efficacement dans des modalités organisationnelles différentes. Un organisme aussi vaste et aussi diversifié que le CRDI a bien sûr besoin d'une structure divisionnaire; pourtant, cette structure doit suivre l'évolution des besoins de recherche.

La démarcation actuelle entre les SSo et les SSa en vertu de laquelle certains travaux de recherche en sciences sociales touchant la santé et la socio-démographie reçoivent l'aide de la DSSo est loin d'être insensée, si l'on tient compte que les chercheurs du domaine de la santé et ceux des sciences sociales travaillent en étroite collaboration, mais qu'ils sont parfois perplexes sur leur statut et leur rôle professionnel. Les différences de rémunération entre les chercheurs possédant des compétences en médecine et les autres sont souvent la cause de ces tensions entre les deux catégories de chercheurs dans le domaine de la santé. [Le

droit et l'informatique sont deux autres professions où les niveaux de rémunération sont disparates.]

Parmi les autres facteurs qui favorisent peut-être les tensions, mentionnons les réserves mutuelles sur la valeur "scientifique" du travail de l'un ou de l'autre : les cours de médecine ne forment pas à la recherche, tandis que les cours de doctorat, par définition, forment des chercheurs. Dans nombre de milieux universitaires, on a constaté que les chercheurs en médecine et en sciences sociales travaillent plus efficacement ensemble lorsqu'ils se trouvent dans des cadres distincts, sciences biomédicales et sciences sociales.

Il semble donc raisonnable de sauvegarder la structure divisionnaire actuelle entre les SSa et les SSo. Tout réaménagement réaffectant une grande partie du personnel professionnel des sciences sociales à la DSSa pourrait avoir des conséquences déplorables. Compte tenu de la qualité des rapports professionnels entre les SSa et les SSo dans les secteurs d'interface touchant les deux divisions, toute modification, par exemple le déménagement des services socio-démographiques et d'éducation en matière de santé des SSo à la DSSa pourrait avoir un effet néfaste hors de proportion avec les avantages éventuels de cette mesure. Dans son examen des projets du domaine de la santé à la DSSo,²⁸ le Dr Frances Stewart a constaté qu'à certaines occasions, même dans des divisions distinctes, il y a eu des tensions entre le personnel de programme; ces tensions seront probablement plus grandes si les personnes touchées se trouvent dans la même division.

Nominations croisées

Quoi qu'il en soit, il ne faudrait pas négliger les autres méthodes de dotation. Certains arguments militent fortement en faveur des nominations croisées d'administrateurs de programme compétents entre divisions. A titre d'exemple, plusieurs secteurs thématiques tireraient avantage des conseils avisés d'un anthropologue médical, tandis que d'autres tireraient parti des connaissances d'un spécialiste des analyses de rentabilité et d'optimisation. Ces spécialistes seraient des acquisitions utiles à plus d'une division. Le personnel en nomination croisée serait avant tout au service d'une division, mais occuperait dans une autre une affectation secondaire, ceci dans le but de préciser les responsabilités hiérarchiques, détail technique qui ne devrait pas être trop difficile à régler.

Nombre de problèmes dans des domaines débordant ceux identifiés de façon générale dans le secteur de la santé ont des causes et des conséquences qui peuvent rendre les tactiques traditionnelles conformes aux limites des disciplines conventionnelles moins efficaces, du point de vue des solutions, que des démarches tout à fait différentes pouvant découler d'un réaménagement des activités professionnelles du Centre. A titre d'exemple, certains projets de développement agricole impliquant les gens dans des méthodes originales d'élevage des plantes ou des animaux ressemblent, du point de vue théorique, aux stratégies "populaires" de règlement des problèmes de santé communautaire qui attirent l'attention de la DSSa. Le développement exige un changement dans les attitudes collectives profondément enracinées dans la culture, un changement transcendant la structure divisionnaire actuelle et faisant appel à de nouvelles méthodes de règlement des

problèmes, dans le monde entier et non simplement dans les pays en développement.

Le Comité incite la Division des sciences de la santé à explorer avec les autres divisions les possibilités d'affecter en nominations croisées du personnel de programme possédant certains types de compétences et de formation professionnelle, par exemple en anthropologie médicale et en micro-économique.

6. RESTRUCTURATION DE LA DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ

L'origine des priorités de la DSSa et de sa restructuration en secteurs de programme (par rapport à l'ancienne formule sectorielle) est la nouvelle conception des problèmes de santé et de leurs causes profondes et complexes dans les pays en développement. Cette conception est brièvement décrite à la partie 2 des présentes et a fait l'objet de longues discussions.^{38, 39, 40, 41} L'énoncé divisionnaire⁴² comporte une analyse éloquent de cet ensemble imbriqué de facteurs (pauvreté, ignorance, ressources inadéquates, risques environnementaux physiques et biologiques, par exemple maladies portées par des vecteurs, pressions démographiques comme le surpeuplement, manque de planification familiale, migration campagne-ville, vieillissement en tant que force démographique, absence d'infrastructure de services de santé, etc.), autant de facteurs qui ont un effet cumulatif les uns sur les autres. Un autre facteur dont on doit malheureusement tenir compte est l'influence de la guerre et de l'agitation civile qui, dans certaines régions du monde, peut être plus importante que tous les autres facteurs.⁴³

L'expression "démarche holistique" prise pour désigner une stratégie globale, par opposition à une stratégie étroitement biomédicale, résume la façon moderne de s'attaquer à ces causes et effets cumulatifs afin que les pays en développement, particulièrement ceux dont la position est la plus fâcheuse, puissent un jour se sortir de ces multiples cercles vicieux qui freinent leur progrès. Il faut constater l'impossibilité de résoudre les problèmes de santé et de développement à l'aide des méthodes biomédicales traditionnelles, c'est-à-dire de façon ponctuelle et

monodisciplinaire, par exemple un seul problème à la fois, même comparativement simple comme celui des maladies diarrhéiques infantiles. Il est vrai que la diarrhée infantile peut être maîtrisée par des mesures d'hygiène au niveau de l'eau de consommation et de l'élimination des excréments humains, mais la réalité est qu'il faut aussi éduquer les mères et les autres enfants sur les causes de la maladie et les méthodes de lutte, le stockage sécuritaire et la préparation adéquate des aliments, et le soin des nourrissons atteints de diarrhée de façon non seulement à garantir leur survie, mais aussi à réduire les risques de transmettre l'infection aux autres. Les méthodes de lutte, dans le cas des maladies à vecteurs comme la malaria et la schistosomiase exigent des méthodes plus complexes et pour nombre d'autres problèmes de santé dans les pays en développement, les causes interactives sont encore plus inextricables. La condition essentielle à l'amélioration de la santé pour le développement est d'adopter une stratégie multisectorielle, ainsi que le préconise l'OMS dans sa stratégie "La santé pour tous."⁴⁴

Certains diront que la promotion de la santé doit avoir la priorité la plus élevée, car ce n'est qu'après cela que les autres aspects du développement deviennent possibles; il faut entendre par promotion de la santé le processus permettant aux gens de parvenir à maîtriser et à améliorer leur santé. Cela touche l'ensemble de la population dans le contexte de la vie quotidienne, par opposition à un ciblage sur les personnes présentant des risques à l'égard de certaines maladies, et l'objet est d'agir sur les déterminants ou les causes.⁴⁵ Cependant, la promotion de la santé ne peut être efficace que s'il y a une amélioration parallèle de l'alimentation, de l'enseignement et de la

situation économique. L'amélioration de la santé des enfants exige une meilleure éducation, des taux d'alphabétisation plus élevés, notamment chez les femmes, ainsi qu'une réduction du fardeau du travail domestique, des méthodes plus faciles pour obtenir le combustible, de l'eau, de meilleures installations de cuisson, etc. Plus on creuse pour trouver les causes profondes des problèmes de santé dans les pays en développement, plus on découvre que le problème est complexe; il faut recourir à des stratégies globales, multidisciplinaires, afin de régler les problèmes.⁴¹ C'est également vrai, bien sûr, des problèmes de santé dans les pays industrialisés.

En éliminant la structure assez rigide des anciens secteurs de la DSSa, le nouveau concept des secteurs de programme est une reconnaissance officielle de la nécessité d'aborder de façon globale les problèmes de santé des pays en développement. Dans ce contexte, la restructuration de la DSSa est vraiment une réponse adéquate aux défis actuels des problèmes de santé dans les pays en développement.

Le Comité reconnaît la complexité des problèmes de santé par rapport au développement et la nécessité de stratégies globales pour les résoudre. En conséquence, le Comité approuve et appuie le concept des secteurs de programme adopté à la Division des sciences de la santé.

Recherche participative

Une autre caractéristique importante des méthodes modernes de règlement des problèmes dans le domaine de la santé et du développement et qui fait depuis longtemps partie de la philosophie du CRDI est d'impliquer directement les

gens dans la mise au point et à l'essai et dans l'évaluation des solutions à leurs problèmes de santé. Ce thème sous-tend le concept de la recherche participative.^{46,47,48} La recherche participative se définit par trois éléments : les chercheurs sont près du problème et peuvent mettre les solutions en application; les chercheurs maîtrisent tous les aspects pertinents à l'étude; la recherche aboutit à des mesures. En bref, ce sont les gens qui sont aux prises avec le problème qui font eux-mêmes la recherche. La recherche participative pose certaines limites, en matière d'objectivité et de reproductibilité, mais ses points forts, notamment l'avantage de faire régler le problème par les gens eux-mêmes, ce qui leur donne une plus grande motivation à l'égard de l'application des solutions, compensent amplement ses faiblesses. Paul⁴⁷ insiste sur les aspects avantageux de la participation de la collectivité dans la mise en application, la création d'une capacité, l'efficacité, le partage des coûts et l'efficience) et estime que tout cela compense amplement toutes les faiblesses de la méthode.

Puisque la recherche participative fait appel directement aux gens dans les décisions touchant leur vie et leur santé, elle peut avoir des répercussions et conséquences politiques importantes. Dans certains pays, la faction dirigeante pourrait voir d'un mauvais oeil que les gens assument ainsi le contrôle de leur vie et prennent eux-mêmes leurs décisions, plutôt que de les laisser au gouvernement ou à d'autres pouvoirs. Le CRDI ne doit pas être perçu comme un organisme favorisant les révolutions. Ainsi, avant l'approbation des projets de recherche participative, une des étapes importantes est l'examen déontologique où on doit débattre de l'éventualité de conséquences politiques ou idéologiques des projets de recherche participative.

Le Comité reconnaît la pertinence, dans le domaine de la santé, des recherches fondées sur la collectivité et approuve le concept de la recherche participative; néanmoins, il incite à la prudence dans l'adoption de cette méthode de recherche, car elle peut manquer d'objectivité et, à l'occasion, avoir des répercussions politiques.

7. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Le Plan stratégique de la DSSa figure sous forme résumée au Programme des travaux et Budget 1988-1989. La Division fonctionne conformément au mandat et à la mission du CRDI, avec la certitude que la santé est un élément essentiel du développement. Le Plan stratégique contient des énoncés profonds sur le problème de la pauvreté comme handicap à la santé et le rapport entre la santé et le développement. A l'étude de ces preuves, la DSSa a décidé de cibler ses programmes de recherche sur la collectivité et adopter un modèle global d'écologie de la santé (figure 3).⁴⁹

Dans cette optique, les trois groupes du programme de la Division (santé et collectivité, santé et environnement et systèmes de santé) sont une façon rationnelle d'aborder les problèmes complexes de la recherche en matière de la santé dans les pays en développement (figure 4).⁵⁰ La transition de l'ancienne démarche axée sur les sujets et les disciplines, est relativement simple : la plupart des projets et programmes actuels peuvent sans difficulté trouver place dans l'un ou l'autre des nouveaux secteurs de programme. Tout ce qui a changé est que, désormais, on voit plus largement et plus réalistement l'ampleur et la portée des mesures nécessaires pour garantir que la recherche fonctionne vraiment et qu'en plus, on puisse travailler avec plus de souplesse et de réceptivité.

Le Comité approuve et appuie le concept des secteurs de programme. L'énoncé de mission et les objectifs qui figurent à la partie 1 de l'énoncé divisionnaire ont cependant besoin de révisions pour se conformer aux nouveaux secteurs de programme.

Quoi qu'il en soit, le Comité lance un avertissement : les secteurs de programme dérogent nettement de la structure sectorielle établie; il faudra surveiller soigneusement le rendement de la division dans ces nouvelles modalités.

Puisque les secteurs de programme sont récents, il n'est pas possible de les définir par des exemples de projets choisis à des fins d'aide. Il serait souhaitable que le Conseil reçoive dans trois ans un rapport spécial comportant le résumé des projets appuyés par chaque groupe, une analyse des rapports entre ceux-ci et une évaluation de leur efficacité et de leur efficience par les résultats atteints, en fonction des orientations stratégiques déclarées; de plus, toute difficulté rencontrée devrait figurer dans ce rapport spécial.

On a laissé entendre que la terminologie plutôt vague des titres des nouveaux secteurs de programme pourrait porter à confusion, dans l'esprit des candidats éventuels aux subventions, mais si cela se produit (il n'y a pas de preuve que ce soit le cas), les concepts sont faciles à expliquer. Les nouveaux secteurs de programme ont absorbé les anciens secteurs; l'ancienne structure de la DSSa (sujets et disciplines) se réoriente vers les gens et les collectivités. Chaque secteur de programme a pour objet d'aider les pays en développement à acquérir et à conserver leurs propres capacités de recherche et, à cette fin, la Division préconisera et appuiera les initiatives divisionnaires et interdivisionnaires propres à atteindre cet objectif.⁵¹

Santé et collectivité

La démarche globale trouve une excellente illustration dans les thèmes prioritaires qu'appuiera le secteur de programme Santé et collectivité. Les facteurs qui ont une influence déterminante sur la santé sont le comportement humain et les profils démographiques des collectivités, par exemple les phénomènes modernes comme les migrations campagne-ville, le surpeuplement et la prolifération des collectivités de réfugiés.

La participation de la collectivité est essentielle dans toute tentative de règlement des problèmes; nombre d'initiatives nouvelles illustrent la façon dont cela fonctionne.^{47, 48, 52} Le secteur de programme Santé et collectivité accordera la priorité aux projets d'étude des rapports entre la situation économique et sociale et le comportement humain et la santé. On subventionnera des recherches sur les facteurs influant sur l'acceptation ou le rejet, par les collectivités, des renseignements sur les traits de comportement qui modifient la santé; les méthodes d'éducation à la santé; les rapports entre l'organisation communautaire et l'identification des besoins de santé et la recherche de réponses.

Ce secteur de programme englobe des projets ayant trait à la participation de la collectivité, à la recherche participative et à l'éducation en matière de santé et subventionnera souvent des projets multi-disciplinaires préparés en collaboration avec d'autres divisions de programme du CRDI. Les programmes en coopération engloberont les thèmes suivants : utilisation adéquate des technologies; influences des comportements sur les maladies transmissibles; méthodologies de la recherche participative; rôle des femmes

et des enfants dans la promotion de la santé dans la famille et la collectivité; amélioration des techniques d'échange de renseignements en matière de santé et amélioration de l'alimentation. Tous ces thèmes sont reconnus par nombre d'organismes de développement, (notamment l'OMS et le FISE) pour leur grande priorité et tous bénéficieront de la manière propre au CRDI d'aborder l'aide au développement.

C'est tout un programme que cet ensemble de sujets et de thèmes. On y reconnaît assez nettement la nécessité que les interventions soient globales. La réceptivité, qui a fait la marque du CRDI, est sauvegardée. L'interdépendance est encore plus évidente, car le concept des secteurs de programme réduit la compartimentation et favorise la coopération intersectorielle et interdivisionnaire. En soi, le secteur de programme est souple, capable de réagir rapidement aux besoins changeants, et innovateur (par opposition à stéréotypé et traditionnel), propre à renforcer une autre tradition du CRDI, c'est-à-dire son rôle de chef de file, celui qui oriente, au lieu d'imiter et de suivre.

En bref, cette stratégie est conforme à la philosophie qui prévaut chez les meneurs, en matière de réflexion sur la santé publique à la fin de la présente décennie,⁵³ et place la DSSa à l'avant-garde des organismes de santé, sur la scène internationale. En outre, cela favorise une démarche éclectique de la part du personnel de programme du CRDI : il est peu probable qu'on y apporte une réponse hyper-spécialisée à des idées touchant les projets eux-aussi spécialisés. Évidemment, cela impose certaines exigences nouvelles au personnel de programme et de nouveaux défis, décrits au paragraphe suivant. Cette démarche sera un stimulant considérable, une occasion de faire preuve de

créativité, ce qui permettra au personnel de programme de réaliser ses possibilités professionnelles.

Le concept des secteurs de programme et surtout, peut-être, celui sur la santé et la collectivité, présente certains défis au personnel :

- a) en ce qui a trait à la recherche multidisciplinaire, certaines questions demeurent sans réponse, par exemple de quelle façon cela fonctionnera-t-il; d'où viendra le leadership; de quelle façon le Centre administrera-t-il cette recherche;
- b) pour ce qui est de la recherche participative, les questions sans réponse touchent la façon dont cela se fera, s'il existe des chercheurs compétents pour entreprendre les projets, de savoir qui, parmi le personnel de programme, possède la compétence nécessaire pour préparer et surveiller les projets, si ces derniers sont valables et, point peut-être plus difficile, les problèmes d'éthique, c.-à-d. les dilemmes politico-diplomatiques que cette recherche pourrait susciter;
- c) en ce qui a trait au soutien intégré aux établissements de recherche (voir plus loin), les questions portent sur la façon dont les décisions seront prises, et par qui, en ce qui a trait aux établissements qui doivent recevoir de l'aide; de quelle façon les priorités seront-elles établies?
- d) à l'égard des thèmes pluridisciplinaires, le personnel et la gestion du Centre devront relever des défis liés à l'administration des projets et des programmes, par

exemple en ce qui a trait aux évaluations de rendement du personnel de programme;

- e) il est possible que d'autres questions de déontologie surgissent, occasionnellement.

Le secteur de programme Santé et collectivité, comme les deux autres mais probablement dans une plus large mesure, comporte également certaines faiblesses. Plus précisément, le plan semble ambitieux à l'excès, couvrant un très vaste domaine de la recherche sur la santé. Le personnel de programme et les ressources financières de la Division devront être utilisés au maximum, pour le moins, ne serait-ce que pour essayer de réaliser tout ce qui est prévu ici. Une autre faiblesse possible a trait à un problème d'image : on ne sait pas clairement ce que recouvre le thème "Santé et collectivité" au-delà de l'énoncé général voulant que ce soit un très vaste domaine de recherches. En outre, il manque certaines compétences professionnelles importantes, notamment en sciences du comportement par rapport à la santé : il faudra notamment du personnel de programme possédant des compétences en sociologie médicale et en anthropologie médicale.

Systèmes de santé

Dans le secteur de programme Systèmes de santé, on compte préparer et surveiller des projets touchant des variables sociales, physiques et environnementales, ainsi que des thèmes conventionnels de recherche sur les services de santé; on fait appel à l'utilisation de plusieurs disciplines, p. ex., l'épidémiologie, la sociologie, l'économie, la démographie, tandis que le thème englobe la formulation des lignes de conduite, la planification,

l'administration et la gestion. On examinera les systèmes de soins de santé actuels et parallèles, leur rentabilité, leur efficacité et leur équité. Il faudra accorder la priorité à l'intensification des échanges d'information entre les collectivités et les établissements de santé. Dans ce secteur de programme, on favorisera nombre des objectifs figurant aux stratégies "La santé pour tous" de l'OMS,⁵⁴ par des recherches sur l'analyse des politiques de santé, la planification, la gestion et la prestation des services de santé, l'utilisation des techniques, la mise au point des technologies et la formation à la recherche sur les systèmes de santé.

Nombre des observations formulées précédemment s'appliquent également à ce secteur de programme, notamment ceci : actuellement, le personnel de programme ne possède peut-être pas toutes les compétences professionnelles en analyse des politiques de santé et dans les méthodes d'analyse économique. Une des priorités de la DSSa est de recruter du personnel ou de trouver et d'utiliser des conseils compétents.

Santé et environnement

Dans le secteur de programme Santé et environnement, on compte adopter une stratégie globale à l'égard des facteurs physiques, chimiques et biologiques dans l'environnement. Au nombre des priorités figurent les milieux aquatiques, de vie et de travail, les maladies infectieuses ou à vecteurs, l'utilisation des produits antiparasitaires et les technologies appropriées. On doit beaucoup insister sur les problèmes de santé que pose l'élimination sans discernement des effluents industriels et agricoles, problèmes de plus en plus urgents dans nombre de pays en développement qui

s'industrialisent rapidement. Les questions touchant la santé environnementale et la toxicologie professionnelle sont abordées dans un document de position⁵⁵ qui accompagne le plan stratégique de la Division. Les conséquences sur la santé des programmes de macro-développement, par exemple la mise en valeur des ressources en eau, les déboisements, la migration et les nouveaux établissements humains, ainsi que les dérangements écologiques afférents, auront une priorité élevée.

Si les gens contractent des maladies infectieuses, c'est à la suite d'une interaction avec l'environnement biologique : voilà pourquoi, dans ce secteur de programme, on travaillera en étroite collaboration avec le groupe Santé et collectivité et la DSSo, notamment dans la recherche sur les maladies transmissibles sexuellement, y compris le SIDA. On continuera à accorder de l'importance à la recherche sur les problèmes de santé en milieu du travail, notamment les accidents, les maladies respiratoires professionnelles et les intoxications aux produits chimiques, tant les anti-parasitaires que les autres. On continuera en outre à accorder de l'aide à la recherche sur les maladies à vecteurs.

Ce secteur de programme est celui qui demeure le plus conforme à la structure sectorielle antérieure, de sorte que les adaptations fonctionnelles aux stratégies seront peut-être plus faciles que pour le personnel de programme des deux autres secteurs. En outre, la compétence nécessaire est en place. Les limites du travail envisagé pour ce secteur de programme sont vastes, mais assez bien précisées. Ce groupe est l'endroit logique pour la surveillance courante des projets actuels de santé environnementale, c'est-à-dire touchant l'adduction d'eau et l'assainissement. Le directeur

associé s'identifiant le plus aux projets environnementaux a la responsabilité du secteur de programme Santé et collectivité; en confiant les futurs projets environnementaux à un directeur associé possédant une expérience différente mais aussi riche, la Division témoigne de sa confiance dans la capacité des cadres de diriger les initiatives de recherche sans égard au domaine visé. Il est évidemment souhaitable de mener une évaluation soignée de cette façon originale d'aborder la recherche. Dans une mesure peut-être plus grande que dans les deux autres secteurs de programme, il faudra, dans ce troisième cas, une interaction considérable entre le personnel de programme et les chercheurs qui recevront de l'aide, ce qui soulève la question des rapports de dotation, que nous aborderons plus loin; pour remplir sa mission et ses objectifs, la DSSa aura certainement besoin, surtout dans les régions, de plus de personnel de programme.

Initiatives spéciales

La Division a pris certaines initiatives spéciales et aide notamment la Commission internationale indépendante sur la recherche et le développement, ainsi que l'International Health (Research and Training) Communications Network, au Canada.

La Commission internationale indépendante sur la recherche et le développement est un regroupement de hauts responsables de la recherche sur le développement de nombreux pays, ainsi que d'organismes internationaux, nationaux, d'ONG et de fondations; elle fait un examen critique et une réévaluation des besoins et des priorités de recherche sur la santé dans les pays en développement.⁵⁶ Deux membres du Conseil des gouverneurs font partie de cette Commission,

ainsi que l'un des conseils du présent examen. Le président de l'organisme est le Dr John Evans de Toronto. La Commission reçoit l'aide financière d'une douzaine d'organismes dans le domaine de la santé internationale et mène certaines études spéciales. Elle devrait terminer ses travaux et publier un rapport d'ici 1990.

Le Comité approuve l'initiative de la Division des sciences de la santé d'aider la Commission internationale indépendante sur la recherche et le développement; cette commission rend un service inestimable en précisant les priorités futures en matière de recherche sur la santé; ses efforts méritent vraiment l'encouragement du CRDI.

Le deuxième organisme, l'International Health Communications Network, a été établi pour promouvoir une participation accrue des chercheurs et établissements canadiens dans le domaine de la santé à la recherche menée dans les pays en développement. Ce réseau publie un trimestriel, Synergy, afin d'informer les chercheurs canadiens en santé du travail réalisé en santé internationale et de favoriser la communication et les échanges d'idées entre chercheurs de diverses autres façons. L'un de ses objectifs est de donner plus de possibilités aux chercheurs des pays en développement d'acquérir formation et expérience au Canada; de plus, le réseau veut raffermir la capacité du Canada d'offrir une expérience correspondant aux besoins des chercheurs du Tiers-Monde.

La Division a parrainé, à l'échelle du Canada, une étude sur les intérêts des chercheurs dans le domaine de la santé internationale, tant dans les universités que dans le secteur privé. Elle a étudié la possibilité d'une aide financière conjointe aux projets sur la santé internationale

au Canada, avec le Conseil de recherches médicales du Canada et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé. La Division a réservé des fonds à cette activité, ainsi qu'au Programme international d'échange de personnel de santé, grâce auquel des chercheurs viennent au Canada et de jeunes chercheurs et universitaires canadiens peuvent acquérir, dans le Tiers-Monde, une expérience préparatoire à une carrière en santé internationale.

Le Comité croit qu'une collaboration plus étroite entre les universitaires canadiens, la collectivité scientifique et le CRDI pourrait être fructueuse et valable. En conséquence, le Comité appuie fortement et encourage l'initiative de la Division des sciences de la santé, qui a créé le réseau international de recherche et de formation en matière de santé. Ce réseau est un excellent moyen de favoriser l'engagement des universitaires canadiens à la santé internationale; le Comité appuie donc le maintien de cette aide.

Aide intégrée aux instituts de recherche (AIIR)

La DSSa compte jouer un rôle dans l'aide intégrée aux instituts de recherche (AIIR). Dans un document publié sur le sujet,⁵⁷ le Bureau de la planification et de l'évaluation insistait sur les avantages de cette démarche de création d'une capacité de recherche; ce thème est abordé plus en détail dans le document de position⁵⁸ de la DSSa. On envisage deux types d'AIIR, les initiatives à l'échelle du Centre faisant appel à plusieurs divisions, et celles confinées au domaine de la santé, mais touchant plusieurs disciplines par exemple la création d'une capacité de formation à la recherche sur les services de santé au Sri Lanka⁵⁹. En milieu adéquat, l'AIIR est la meilleure façon

pour le CRDI de s'acquitter de sa mission de création d'une capacité de recherche. Tant la recherche appliquée que la recherche fondamentale peuvent en bénéficier. Après renforcement, les établissements qui s'y prêtent peuvent devenir les centres de programmes de formation dans des domaines aussi importants que l'épidémiologie, la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'analyse des politiques en matière de santé.

Dans le document de position de la DSSa, on soulève certaines questions sur les mécanismes et les processus de sélection. Puisqu'il faudra beaucoup d'argent, la façon logique de réaliser une activité AIIR est, pour le CRDI, de s'associer à d'autres organismes. Certains projets à l'échelle du Centre et déjà en cours illustrent la façon dont l'AIIR peut fonctionner; la Bharatiya Agro-Industries Foundation (BAIF) d'Inde en est un bon exemple. On trouve dans le document de position certaines propositions sur les critères de sélection AIIR, notamment le contexte dans lequel l'établissement fonctionne, l'orientation vers les gens dans leurs collectivités, plutôt que vers la technologie, la présence de meneurs crédibles, l'existence de liens avec d'autres établissements. Les critères qui figurent dans ce document ne sont pas de même importance, non plus qu'ils n'existent obligatoirement dans tout établissement. Un corollaire de l'AIIR est la création et le raffermissement des réseaux internes et multilatéraux entre établissements de recherche; les organismes donateurs peuvent aussi accorder de l'aide à ce titre. Dans le document de position de la DSSa, on énumère les éléments de l'AIIR, on analyse les activités par rapport aux plans régionaux du CRDI, tout en insistant sur l'importance de l'évaluation.

Le Comité appuie le concept de l'aide intégrée aux instituts de recherche, est d'accord avec les idées exprimées dans le document de position de la Division des sciences de la santé et incite la Division à planifier d'autres projets AIIR, tant avec les autres divisions qu'avec d'autres organismes donateurs, afin d'atteindre cet important objectif qu'est le raffermissement et le réseautage des établissements.

Recherche sur l'alimentation

L'Étude approfondie de division (EAD) de la Division des sciences de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition (DSSAN) faisait état du peu de priorité accordée par le CRDI aux sciences de l'alimentation. En fait, la recherche sur la nutrition, particulièrement sous les aspects touchant la santé publique, est un domaine négligé presque partout, ce qui est étrange si l'on songe à l'extrême importance de l'alimentation pour la santé et le bien-être des gens. Le document de position de la DSSa sur l'alimentation⁶⁰ rappelle l'importance de la nutrition dans le développement. On y décrit des réalisations antérieures du Centre, pour faire ressortir le fait que les projets de coopération, tant entre divisions du CRDI qu'entre le CRDI et d'autres organismes, ont été couronnés de succès. Il existe, au niveau interdivisionnaire, un groupe de travail dynamique sur l'alimentation, mais il est possible que son travail soit quelque peu ralenti par le nombre restreint de chercheurs en nutrition dans le personnel du Centre.

Dans ce document, on recommande à la DSSa de continuer à prendre part et à accorder son aide au groupe de travail interdivisionnaire sur la nutrition. On y préconise la recherche participative, l'utilisation des connaissances

actuelles, le suivi des priorités nationales et locales identifiées, ainsi que des méthodes multidisciplinaires. Les auteurs du document recommandent d'encourager les demandes axées sur les stratégies régionales d'amélioration de la nutrition, de préférence préparées en collaboration avec d'autres divisions et préconisent d'accorder de l'aide à la formation en recherche sur la nutrition, à la mise au point ou à l'adoption de méthodes pour identifier et résoudre les problèmes d'alimentation frappant l'ensemble de la collectivité, à la mise en commun des expériences et interventions dans le domaine de la nutrition et à l'étude des facteurs propres à mettre en place une capacité de recherche en nutrition.

Le Comité est d'accord avec les idées et recommandations du document de position de la DSSa sur l'alimentation, c'est-à-dire les projets en collaboration, l'aide à la recherche participative et à la formation en recherche sur la nutrition, la mise au point ou l'adoption de méthodes d'identification et de règlement des problèmes d'alimentation propres à l'ensemble de la collectivité, etc. Cependant, le calendrier de recherche décrit dans le document susmentionné est très vaste; il faut établir certaines priorités. Parmi les grandes priorités, mentionnons le recrutement de personnel de programme supplémentaire (ou de conseils) possédant des compétences en nutrition.

Éducation à la santé

Voilà un thème qui fait l'objet d'un autre document de position⁶¹ où on décrit et on définit l'éducation à la santé, en insistant sur les progrès récents dans les stratégies de promotion de la santé; on offre un examen critique de la recherche sur l'éducation à la santé dans les pays en

développement. Plusieurs Divisions ont apporté leur aide à cette recherche, mais surtout la DSSa.

Dans le document préparé pour l'EAD de la DSSo, le Dr Frances Stewart a soulevé des questions sur la meilleure façon, pour le Centre, d'aider la recherche multidisciplinaire²⁸ dans des domaines comme la nutrition et l'éducation à la santé. Elle a analysé plus amplement ces idées dans un rapport préparé aux fins des présentes.⁶² Elle insiste sur la nécessité d'une collaboration de la DSSa et de la DSSo sur ces thèmes de recherche; par le passé, certains indices portent à croire que la collaboration, officielle ou officieuse, n'était pas aussi étroite qu'il aurait été souhaitable. Néanmoins, on trouve dans le document de position sur l'éducation à la santé la liste des anciens projets de recherche, nombre d'entre eux en collaboration et sur des sujets précis, par exemple les maladies transmissibles sexuellement, les maladies diarrhéiques et la technologie, ainsi que des thèmes plus généraux. On dégage dans ce document certains secteurs prioritaires futurs : évaluation, formation, différences régionales, préparation de matériel de base, participation de la collectivité, multidisciplinarité accrue, communication entre chercheurs et organismes faisant de la recherche en éducation à la santé. On y trouve en outre des recommandations, portant notamment sur l'aide à la recherche en éducation à la santé communautaire ou populaire, la recherche sur les méthodes d'évaluation, la recherche en éducation à la santé relativement au SIDA, ainsi que sur la santé des femmes, l'aide aux réseaux nationaux d'échange d'information, la formation en éducation à la santé, la coopération interdivisionnaire, un répertoire des chercheurs en éducation à la santé et la création d'un groupe consultatif sur l'éducation à la santé.

Le Comité reconnaît l'importance de la recherche sur l'éducation à la santé et la nécessité que cette recherche soit multidisciplinaire et se fonde sur la collaboration interdivisionnaire; le Comité est d'accord sur les sujets et thèmes que l'on projette de subventionner dans le document de position sur l'éducation à la santé qui fait partie du plan stratégique de la DSSa, et reconnaît la nécessité de les classer par priorité. Le Comité est d'avis qu'il est possible que le personnel de programme actuellement en poste ne possède pas toutes les compétences pour s'acquitter de tout le travail nécessaire pour l'élaboration et la surveillance des projets; il faudra peut-être des renforts et un peu d'aide de conseils de l'extérieur.

SIDA

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est un problème épidémique d'une extrême importance dans certaines régions du Tiers-Monde, particulièrement dans une partie de l'Afrique. L'ACDI fait sa part dans le cadre du programme mondial OMS de lutte contre le SIDA. Il s'agit avant tout d'un programme technologique, c'est-à-dire touchant la mise au point de méthodes de dépistage du virus d'immunodéficience humaine (VIH), de création de laboratoires de diagnostic, etc. Autres grands besoins : il faut des données épidémiologiques précises et favoriser l'éducation à la santé, afin de contenir l'expansion du SIDA. Le document de position de la DSSa sur le SIDA⁶³ énonce plusieurs secteurs où la Division peut apporter son aide :

- études sur la nature et l'ampleur du problème;
- études sur les technologies de diagnostic et de prévention;
- études sur les constantes de comportement et leurs effets sur la transmission, la prévention et le contrôle;

- études sur les stratégies et méthodes de prévention;
- études sur les méthodes d'identification, de surveillance et de soins des victimes du SIDA.

Certaines de ces études pourraient être administrées par chacun des secteurs de programme de la Division.

La recherche sur le SIDA est très prioritaire et attire l'appui de nombreux organismes donateurs. Il est essentiel de coordonner les nombreuses entreprises de recherche, afin d'éviter le double emploi, et de faire en sorte que les chercheurs se consultent pour s'entendre sur les priorités. La Division des sciences de la santé doit cibler ses efforts sur les aspects de la recherche liée au SIDA venant compléter les efforts d'autres organismes, en se concentrant sur les éléments susceptibles de faire le meilleur usage de la compétence en place et, surtout, d'éviter le double emploi.

Stratégies régionales

La Division intervient aux échelons mondial et régional. La DSSa veut mettre en place au moins un cadre spécialiste agissant comme généraliste, dans chaque région. A ce cadre supérieur viendra s'ajouter, lorsque les années-personnes auront été débloquées, un administrateur régional de programme. La stratégie régionale entraînera une décentralisation appréciable de la planification, de la mise au point et de la gestion des programmes de la Division. C'est conforme aux recommandations du rapport Winegard (Rapport des politiques et programmes en matière d'aide publique au développement⁶⁴), mais c'est une initiative coûteuse, qui pourrait modifier l'équilibre actuel, où les coûts d'administration du CRDI sont faibles, comparativement à l'aide accordée à la recherche.

Le Comité de recherche appuie les plans de la Division visant à renforcer l'effectif régional et à accorder une plus grande autonomie aux bureaux régionaux; le Comité sait que cela a des répercussions sur le nombre d'années-personnes et les coûts, répercussions qu'il faudra régler.

L'équilibre entre le Centre et les bureaux régionaux doit être constamment réévalué, plutôt que d'être considéré comme une formule fixe.

8. ÉVALUATION

Une des faiblesses passées du CRDI était l'absence d'évaluation adéquate des résultats des projets. Dans les rapports de fin de projet (RFP), on donne systématiquement certains détails administratifs, mais il est rare qu'on précise si les travaux ont abouti à des publications, si les résultats ont influé sur les lignes de conduite de santé ou si les chercheurs subventionnés se sont lancés par la suite dans d'autres recherches. Certains administrateurs de programmes ont dit ne pas avoir évalué les projets qu'ils avaient préparés et surveillés. C'est une situation regrettable, car le personnel de programme pourrait tirer beaucoup de renseignements de l'évaluation critique des projets terminés. Il faut en priorité préparer des méthodes et modalités valables d'évaluation; il en est d'ailleurs question dans le plan stratégique de la Division.

La façon conventionnelle d'évaluer les services de santé est d'examiner la structure, les mécanismes et les résultats.⁶⁵ C'est une méthode théorique utile d'évaluation des résultats de la recherche, car on peut faire un examen critique de la conception de la recherche, des modalités et des conclusions; en fait, c'est ainsi qu'il faut procéder, c'est-à-dire lors de l'examen par les pairs des propositions de recherche et des documents découlant des travaux de recherche. D'autres méthodes conceptuelles ont été proposées.⁶⁶ Mentionnons l'analyse des systèmes, la gestion par objectif, l'examen par les pairs, et divers modèles utilisables pour évaluer l'efficacité, la productivité, l'efficience, l'utilité sociale, l'acceptation sociale et divers autres paramètres. Il est également possible d'évaluer (ou du moins de mesurer) la pertinence, le progrès et les répercussions d'un programme, etc. Les méthodes

peuvent varier selon les paramètres à examiner. Les analyses de rentabilité et d'efficacité des investissements peuvent être particulièrement importantes et, par le passé, ont été des facteurs négligés dans l'évaluation de l'ensemble du CRDI et notamment de la DSSa. Cette lacune n'est pas étrangère au fait que nombre d'employés de la Division n'ont pas la compétence nécessaire. Cette lacune devrait être corrigée, soit en recrutant quelqu'un possédant ces compétences, soit en formant en poste certains administrateurs de programmes.

Le plan stratégique comporte une description des propositions d'évaluation qui se fondent surtout sur les idées de Rundall⁶⁶, où on propose cinq dimensions d'évaluation : pertinence, progrès, efficacité, effet et efficience. L'analyse de ces méthodes d'évaluation fait l'objet d'un document de position.⁶⁷ Ces aspirations sont louables et doivent être encouragées, mais un avertissement s'impose : ces cinq aspects ne sont pas tous possibles dans tous les cas; certains peuvent tout au plus donner des jugements de valeur plutôt que des évaluations objectives; il faut envisager d'autres stratégies et tactiques d'évaluation. En outre, il faut consacrer un peu plus de réflexion à la définition des critères mesurables des évaluations, à toutes les étapes de la durée d'un projet et dans les thèmes connexes. Ainsi, de quelle façon évaluer les thèmes et la cohérence?

Dans l'évaluation des résultats de la recherche, on voudrait pouvoir compter sur la publication d'articles originaux dans des revues professionnelles. Cependant, nombre de publications des pays en développement ne sont pas consultées par les pairs ou, le cas échéant, ne sont pas considérées comme des publications professionnelles par les chercheurs des pays comme le Canada et les États-Unis. Il

arrive que les résultats ne soient publiés qu'un certain temps après la fin de la subvention de recherche; en outre, en trouver la trace exige des recherches poussées sur des systèmes informatisés de résumés, ce qui est coûteux et fastidieux et ne permet pas de savoir si l'ouvrage a été consulté par les pairs (en évitant de définir ce que signifie vraiment l'examen par les pairs). Cela peut se traduire par un examen rigoureux par des pairs confirmant la validité des méthodes, modalités et conclusions, ou la conformité aux critères d'accessibilité d'un journal, d'une école de pensée ou même d'un système politique; par contre, d'autres concluront que c'est sans signification, en fonction de la rigueur avec laquelle les normes d'acceptabilité sont appliquées par les rédacteurs et chroniqueurs.^{68,69} Les rapports au gouvernement, qui n'ont peut-être pas une grande diffusion, peuvent avoir des répercussions plus importantes, mais à moins d'une demande expresse, il arrive qu'ils n'atteignent pas le Centre. Autre problème signalé : la publication des constatations de recherche, que ce soit dans les revues consultées par les pairs ou ailleurs, était loin d'être coutumière, par le passé.

Plus important que les publications, qu'elles soient consultées par les pairs ou non, est l'effet du travail sur les lignes de conduite sociales et d'hygiène. Même des travaux originaux et largement admirés peuvent n'avoir que peu ou pas d'effet sur les politiques, longtemps après la diffusion des travaux et leur acceptation dans les milieux scientifiques. Il est évident que toute cette question de l'évaluation est complexe et difficile. Évidemment, il existe nombre de compte-rendus anecdotiques de projets qui ont réussi, y compris certaines publications impressionnantes. Consulter par exemple Selon nos idées,¹⁷ où on trouve des détails sur nombre de projets subventionnés par le CRDI de 1970 à 1985.

9. PROMOTION DES INTÉRÊTS DU CANADA EN SANTÉ INTERNATIONALE

Le personnel professionnel supérieur des fondations a fait des remarques sur l'échec du CRDI à promouvoir, à subventionner ou à même à encourager d'autres organismes à subventionner la formation de jeunes Canadiens en santé internationale. Dans la collectivité universitaire canadienne, il est difficile de trouver un organisme de parrainage prêt à appuyer les aspirations professionnelles de jeunes médecins prometteurs intéressés aux questions de santé internationale. Nombre d'entre eux sont perdus, tant pour la spécialité que pour le Canada. Il existe une impression d'indifférence à l'égard de ce domaine de travail, tant chez les organismes subventionnaires pertinents, par exemple le Conseil de recherches médicales et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, que chez les dirigeants de la collectivité universitaire dans son ensemble. Cela est particulièrement regrettable, compte tenu de l'image fortement favorable que s'est taillé le Canada dans l'ensemble des pays en développement. Il est donc encourageant de constater que le plan stratégique de la DSSa accorde une importance accrue à la participation des chercheurs et des établissements canadiens aux recherches fortement prioritaires des pays en développement en matière de santé.

Grâce à l'initiative lancée par le CRDI en collaboration avec la Société canadienne pour la prévention tropicale et la santé internationale, il sera possible de rapprocher un peu plus la collectivité universitaire et le CRDI. Un programme d'échanges de personnel de santé fonctionne avec succès depuis plusieurs années, en collaboration avec la Division des bourses (DB); ce programme

permet d'aider de jeunes Canadiens à acquérir de l'expérience dans les pays en développement et des spécialistes de la santé des pays en développement à suivre de courts stages de formation et d'expérience dans certains établissements canadiens.

Cependant, une mise en garde s'impose : le travail actuel de certaines universités canadiennes dans les pays en développement a fait l'objet de critiques, pour les motifs qu'on a à cette occasion exporté des technologies inadéquates. On a créé des "palais de la maladie," c'est-à-dire des hôpitaux de soins tertiaires à l'occidentale, dotés de matériel coûteux, dans des endroits où on vampirise les soins primaires dans les campagnes pour trouver du personnel; des essais épidémiologiques aléatoires complexes ont été organisés dans des collectivités où n'existe même pas de système fondamental d'information en matière de santé. Ces activités n'ont pas reçu d'appui du CRDI, mais ce genre "d'impérialisme universitaire" doit faire l'objet de mesures de dissuasion. Si cela s'est produit, c'est probablement parce que le personnel universitaire canadien qui y a pris part, bien que bien intentionné, ne possédait pas la formation élémentaire en santé internationale.

Il vaut la peine de s'attarder sur la signification du mot "recherche". Pour certains, cela peut vouloir dire tendre vers le niveau le plus élevé de créativité scientifique, tandis que d'autres y verront simplement l'art de poser des questions et de vérifier des hypothèses sur les besoins les plus fondamentaux des pays en développement. Cela fait, les personnes concernées empruntent le chemin qui aboutit à l'amélioration de la condition des gens dans leurs pays. C'est en ce sens que le mot recherche figure dans le

nom du CRDI. Pourtant, même là, le personnel professionnel de la DSSa et même de l'ensemble du CRDI doit aspirer à ce que feu John Knowles appelait "l'activisme universitaire," c'est-à-dire la promotion d'entreprises régionales et créatives, particulièrement propres à améliorer la condition humaine.

La DSSa a récemment pris part à la relance du comité de déontologie. La recherche sur la santé soulève un certain nombre de questions importantes de déontologie, par exemple en ce qui a trait à la recherche participative, qui pose des problèmes politiques autant que déontologiques (du moins potentiellement) et dont nous avons déjà parlé. Dans toute recherche touchant des personnes, on soulève des questions touchant le consentement éclairé et la protection adéquate contre le mauvais usage des techniques invasives.⁷⁰ Ces points doivent être étudiés objectivement par un groupe impartial vraiment distinct du groupe responsable de l'examen scientifique. Ce groupe existe, même si certains de ces membres font partie de la DSSa et sont peut-être également responsables d'au moins une partie de l'examen scientifique des projets. Cela crée un conflit d'intérêt potentiel (mais non réel).

A l'occasion, d'autres questions de déontologie peuvent surgir, selon la nature du projet.⁷¹ Par exemple, les projets où on essaie de modifier la tradition, la culture ou les coutumes doivent être scrutés. Bien sûr, c'est aussi vrai des projets menés dans le domaine de l'agriculture autant que dans les disciplines de la santé ou des sciences sociales. Les conséquences environnementales (écologiques) des projets doivent également être prises en considération.

Les projets d'adduction d'eau et d'assainissement de la DSSa peuvent parfois avoir des incidences environnementales imprévues.

Le Comité reconnaît l'importance de tenir compte des incidences déontologiques, politiques et environnementales et des autres aspects des projets de recherche pouvant dépasser les limites de l'évaluation scientifique conventionnelle. Le Comité appui les idéaux du Comité de déontologie.

Cependant, ce comité doit se composer en majorité de spécialistes des questions de déontologie et d'éthique et doit fonctionner en totale autonomie par rapport au personnel du Centre; par contre, doivent en faire partie des membres du personnel du Centre, qui répondront aux questions techniques particulières touchant les projets examinés sous l'aspect déontologie. Ce comité peut et doit être l'un des moyens d'interaction directe entre le CRDI et la collectivité universitaire canadienne. Ces dernières années, on a observé un intérêt beaucoup plus marqué à l'égard des aspects déontologiques des sciences biomédicales, de sorte qu'un bon nombre de personnes possèdent les connaissances et compétences nécessaires : on pourrait leur demander de faire partie des comités d'examen déontologique, afin de partager cette responsabilité avec le personnel du Centre.

10. RAPPORTS DE COOPÉRATION

Les rapports de coopération entre le CRDI et d'autres organismes d'aide au développement peuvent être de divers types. Certains organismes sont liés par des facteurs politiques ou autres les empêchant d'aider certains types de recherche ou certains pays. Lorsqu'une demande de recherche dans un de ces domaines parvient à l'un des organismes qui, pour une raison ou une autre, ne peut y donner suite, ce dernier peut transmettre la demande à un autre organisme. Cela fonctionne de multiples façons et aboutit à un type particulier de coopération entre le CRDI et d'autres organismes de secours international, par exemple certaines fondations états-uniennes, des organismes non gouvernementaux et parfois, des créations de l'ONU.

Au fil des ans, toutes sortes de modalités de coopération se sont développées : le CRDI a entamé des pourparlers avec d'autres organismes, à des fins de planification, d'établissement des priorités, etc. Les rapports dynamiques actuels entre le CRDI et ces autres organismes résultent d'un intérêt commun pour le développement et la création d'une capacité de recherche.

Nombre de ces rapports de coopération découlent de liens officiels entre le CRDI et les organismes touchés, c'est-à-dire par suite de demandes officielles. D'autres liens se sont formés de façon officieuse, parce que les spécialistes de certaines agences font partie de réseaux parallèles de collègues assistant aux mêmes réunions, servant sur les mêmes organismes consultatifs internationaux ou autrement en contact les uns avec les autres et profitant de ces occasions pour élargir leurs activités. A titre d'exemple, dans la structure de gestion du Programme de

recherche sur les maladies tropicales (auquel le CRDI a versé 2,35 millions de dollars de 1974 à 1988), il existe plusieurs paliers d'interaction entre le personnel du Centre et ses homologues des autres organismes; cela donne lieu à des communications officielles et officieuses entre le personnel du CRDI et les spécialistes équivalents d'autres organismes. Plusieurs cadres supérieurs ont parlé de la valeur des liens parallèles de communication en tant que moyen d'entente sur des questions aussi délicates que de savoir quel organisme est le plus à même d'offrir de l'aide à des fins précises dans certains pays. Il faut rappeler que les activités de coopération prennent du temps et, en conséquence, ont des coûts administratifs inhérents dont il faut tenir compte dans le calcul du rapport entre les fonds consacrés à la recherche et les frais d'administration; c'est un élément qui a probablement été négligé, par le passé, dans le calcul du coût (en temps et en argent) de certaines activités en coopération.

Le Comité appuie les activités en coopération de la Division des sciences de la santé, mais presse la gestion du Centre de tenir compte des coûts administratifs de certains éléments de ces projets, tant en temps qu'en argent.

Dans une très large mesure, les groupes consultatifs de surveillance des programmes de recherche sur les maladies tropicales, les maladies diarrhéiques et la reproduction humaine sont une tribune d'échanges officiels et semi-officiels entre le personnel professionnel du CRDI et celui d'autres organismes qui parrainent conjointement ces programmes ou d'autres. Comme nous l'avons mentionné, ces groupes fonctionnent comme de véritables conseils

internationaux de recherche, où nombre de membres représentent à la fois leur organisme et (ou) leur gouvernement et leur spécialité biomédicale.

Jusqu'à maintenant, rien de comparable à ces groupes consultatifs internationaux n'existe en recherche participative ou fondée sur la collectivité; compte tenu des défis de taille que présentent ces formes de recherche, un groupe consultatif international de ce genre serait utile. L'initiative devrait peut-être venir du CRDI, par ses divisions des Sciences de la santé et des Sciences sociales.

La Commission internationale indépendante sur la recherche et le développement est issue de ces réseaux quasi-parallèles. Cette commission, on le sait, bénéficie de l'aide financière du CRDI et d'autres donateurs. Elle a pour tâche de définir et d'établir le calendrier des priorités de recherche en matière de santé dans les pays en développement, pour la prochaine décennie environ.

11. QUESTIONS ET PROBLEMES A L'ÉCHELLE DU CENTRE

De l'intérieur du CRDI et encore plus de l'extérieur, tant de la part des récipiendaires de l'aide que du personnel des autres organismes, on accuse le Centre d'être trop bureaucratisé. Les administrateurs de programmes, dévoués et surchargés de travail, doivent passer beaucoup de temps à préparer des documents de routine. Depuis deux ou trois ans, on a déployé de grands efforts pour préparer d'autres documents sur les mécanismes du Centre. La paperasserie qui en résulte semble souvent répétitive, voire superflue. De plus, les récipiendaires de l'aide se plaignent que, parfois, le traitement des demandes d'aide peut être excessivement lent. Occasionnellement, on signale aussi des problèmes liés au fait que le personnel de projet reçoit des communications contradictoires. Il devrait être possible de simplifier le fonctionnement de plusieurs façons.

Le Comité recommande, comme première étape de simplification du travail de bureau, que le document sur le programme et le budget soit dorénavant préparé aux trois ans, plutôt qu'annuellement.

La grande priorité devrait aller aux activités productives, par exemple améliorer la rigueur scientifique des projets, par un travail assidu avec les récipiendaires de l'aide. Cela ne veut pas dire que l'auto-examen et la révision des lignes de conduite et modalités par le personnel de programme devraient être négligés, mais simplement que ces activités ont moins de priorité et en conséquence, devraient absorber moins de temps et d'efforts que la gestion des projets. De plus, il semble exister un niveau caché de surveillance financière exigeant des détails inutiles dans les formules de réclamation des frais. [A titre d'exemple,

au lieu d'un taux fixe quotidien, il faut réclamer les dépenses exactes, avec pièces justificatives. Cette méthode est fastidieuse, plus coûteuse à administrer que les versements à taux fixes prévus dans nombre d'organismes comparables. Si le CRDI adoptait cette méthode, les employés de bureau, qui passent des heures à vérifier tous les documents relatifs au remboursement des frais de voyage, pourraient être affectés à des tâches de bureau directement liées aux projets.]

La question de la centralisation ou de la régionalisation du personnel de programme a été soulevée lors de discussions avec les responsables des programmes de la Division et avec du personnel comparable dans d'autres organismes d'aide. La Fondation Ford, comme le CRDI, a des bureaux régionaux, dans la plupart des cas aux mêmes endroits; par contre, la Fondation Rockefeller ne procède pas de cette façon. Les deux points de vue sont défendables.

La méthode directe du CRDI exige le maintien de personnel de programme dans un bureau régional et même que ces spécialistes possèdent le niveau le plus élevé de compétences professionnelles; ce n'est que de cette façon qu'il est possible de maintenir et de rendre crédible l'engagement à la réceptivité et à la création d'une capacité de recherche interactive. Ces questions sont abordées dans un document de position.⁷² Dans ce document, on décrit l'évolution de la stratégie de la DSSa à l'égard de la régionalisation, tout en esquissant les plans d'avenir. Ceci est que les lacunes qui restent doivent être comblées aussi vite que possible, compte tenu de la façon dont le personnel nouvellement en poste viendra s'intégrer à celui du bureau régional; les canaux de communication et les responsabilités hiérarchiques seront précisés; on insistera davantage sur la

collaboration, non seulement avec les autres divisions, mais également avec le personnel régional de l'ACDI, à la lumière des recommandations du rapport Winegard.

Les responsabilités de rendre compte ne sont pas les mêmes dans toutes les divisions. Le personnel de programme des SSAN se rapporte à un directeur associé qui peut être en poste dans un bureau régional; on souhaite que le personnel de programme de la DSSa dans les bureaux régionaux (lorsque ce sera autorisé) fasse rapport au représentant régional, qui rendra compte au sous-directeur, à Ottawa.

Le Comité voit d'un oeil favorable le projet de la Division des sciences de la santé de raffermir l'effectif régional et de mettre en place des rapports de coopération plus étroits avec les autres divisions et d'autres organismes, notamment l'ACDI.

Cependant, il faut reconnaître que le maintien de personnel très compétent dans les bureaux régionaux est plus coûteux qu'au siège social d'Ottawa. Il faut trouver un équilibre, dans l'affectation du budget total du CRDI, entre l'argent à réserver pour les projets et programmes et celui à accorder au personnel du CRDI. En règle générale, la règle d'or serait que 70 % du budget global soit consacré aux projets et programmes et 30 % à la dotation et à l'administration. Même si c'est peut-être là le meilleur rapport global, dans certaines régions et relativement à certains programmes, cela serait irréaliste. Nous l'avons vu, les activités coopératives coûtent plus cher. Une autre réalité est que, toutes autres choses étant égales, les niveaux de rémunération sont plus élevés pour le personnel possédant des compétences médicales que pour les autres spécialistes. Même là, il y a des moyens possibles de

réduire l'affectation à la gestion, par exemple en éliminant le double (voire multiple) examen de projet et le mécanisme de gestion qui se crée lorsque le projet fait appel à plus d'une division.

Il serait intéressant de résumer et d'analyser brièvement les autres avantages et inconvénients. En faveur d'un fonctionnement centralisé, on trouve la réduction des frais de gestion, c'est-à-dire que le maintien d'un personnel professionnel dans des bureaux régionaux coûte au moins deux fois plus cher qu'à Ottawa. On a fait remarquer que le personnel des bureaux régionaux peut être aussi inaccessible aux récipiendaires des fonds que s'il était à Ottawa, compte tenu des difficultés de transport et de communication dans certaines régions, par exemple en Afrique occidentale. Par ailleurs, en affectant dans les régions des spécialistes consciencieux et capables, prêts à voyager beaucoup, on peut grandement augmenter l'efficacité des projets dans cette région et garantir que le travail se fait d'après des normes élevées, en d'autres termes, vraiment contribuer à perpétuer le rôle unique et irremplaçable du CRDI. C'est là un dilemme difficile, mais le CRDI s'est résolument décidé en faveur de la régionalisation. La DSSa voudrait obtenir un généraliste supérieur dans chaque bureau régional; cela serait conforme aux recommandations du rapport Winegard. Pourtant, compte tenu de la diversité des projets et de l'impossibilité que le personnel administratif régional soit spécialiste au point de pouvoir traiter avec autant d'excellence toute la gamme des projets, le dilemme demeure.

Le Comité recommande qu'on fasse une analyse des coûts des deux démarches, dans le contexte d'un rapport 70/30, c'est-à-dire l'actuelle stratégie de régionalisation, et les coûts (théoriques) qui découleraient d'une décentralisation

du fonctionnement; les conclusions de l'analyse devraient être remises au Conseil, lorsque l'étude sera terminée. Ces analyses doivent figurer dans les activités permanentes de la gestion du Centre.

Les divergences de stratégie régionale de la DSSa et de la DSSAN valent la peine d'être analysées, dans ce contexte. La DSSa veut dans chaque région un poste d'administrateur principal des programmes possédant des compétences de spécialiste et agissant à titre de généraliste. Cet administrateur de programme fera rapport au sous-directeur, à Ottawa, où un noyau de personnel cadre demeurera notamment pour effectuer des analyses. Par ailleurs, la DSSAN a réparti son personnel cadre dans les régions.

Le Comité constate avec intérêt l'existence de deux stratégies divergentes. Il faudrait évaluer comparativement les mérites, coûts et avantages de chacune, dans le but soit de conserver cette diversité stratégique, soit de s'orienter vers un système uniforme dans l'ensemble du Centre.

Autre question connexe, l'utilisation des conseils, canadiens ou autres, possédant les compétences requises et plus immédiatement disponibles pour le projet. L'examen des dossiers de projet donne l'impression que, par le passé, la DSSa n'a pas eu recours autant qu'elle l'aurait pu aux services de conseils. Il est encourageant de constater que le plan stratégique préconise, pour l'avenir, un recours accru aux conseils. Les conseils peuvent examiner les propositions, collaborer avec les administrateurs de projets et évaluer les résultats, à la fin des travaux. Cette démarche a peut-être plus de souplesse inhérente, car le réservoir d'universitaires compétents se renouvelle

constamment. Cependant, il se peut qu'il y ait pénurie de spécialistes canadiens dans certains domaines essentiels de la santé internationale (il en a déjà été question). Les conséquences financières du recours à des conseils canadiens doivent être évaluées, par rapport aux avantages scientifiques pour les projets en question et à la sensibilisation de la collectivité scientifique canadienne à la santé internationale, facteur difficile à mesurer. Néanmoins, il faudrait envisager le recours (réel et éventuel) à des conseils canadiens.

Le Comité recommande que la Direction du Centre étudie la possibilité de faire d'avantage appel à des conseils canadiens et de faire rapport au Conseil des gouverneurs sur les conclusions de cette étude.

Perfectionnement professionnel

La qualité de la gestion de projet variera évidemment selon les compétences professionnelles du personnel de programme et inversement, cette compétence professionnelle sera modulée par nombre de facteurs dont la motivation à l'égard du perfectionnement professionnel, pour n'en mentionner qu'un. Le perfectionnement professionnel est bien sûr un facteur important au CRDI, à preuve, la Division des ressources humaines a préparé un document de réflexion sur les questions et problèmes que cela suppose.⁷³ Ce document touchait surtout les congés sabbatiques et autres aspects du perfectionnement professionnel.

On a récemment qualifié le personnel professionnel du CRDI "d'université en exil." Nombre de membres du personnel pourraient sans doute occuper des postes universitaires. Pourtant, il sont peu nombreux à avoir reçu des affectations

croisées dans les facultés de l'une ou l'autre des universités d'Ottawa, ou même d'ailleurs, et il semble que les possibilités de perfectionnement professionnel soient relativement réduites, lorsque le personnel est en poste : il n'existe pas de modalités officielles de congé sabbatique ou même de congé d'étude à court terme leur permettant de suivre des cours appropriés. A titre d'exemple, il se donne annuellement un certain nombre de cours d'été sur l'épidémiologie (de deux à six semaines) à des niveaux plus ou moins avancés. Le personnel de programme tirerait certainement partie de cours analogues, à quelques années d'intervalle. Parmi les autres thèmes de cours de courte durée, mentionnons la recherche sur l'évaluation, les méthodes d'analyse de rentabilité et d'efficacité, les méthodes d'enquête statistique, etc. Il incombe au Centre de faire en sorte que le personnel conserve un haut niveau de compétences professionnelles : il faut donc encourager les cours de ce type.

Même si le cheminement professionnel est toujours désirable, il est peut-être tout aussi souhaitable que le personnel de programme conserve des possibilités de trouver un autre emploi, en considérant peut-être un peu leur service au Centre comme une simple étape d'un cheminement professionnel qui les amènera dans d'autres services gouvernementaux, à l'université ou ailleurs. Selon les antécédents professionnels du personnel de programme, il est possible que la mobilité soit plus ou moins facile. A tout le moins, le Centre doit offrir des services d'orientation professionnelle aux membres du personnel; au mieux, il devrait probablement offrir de meilleurs débouchés de perfectionnement professionnel au personnel longtemps en poste au Centre. La question de savoir si les cadres devront s'attendre à des possibilités d'avancement, par exemple

jusqu'au poste de directeur associé, est plus difficile à trancher.

Certains autres organismes subventionnant la recherche, par exemple la Fondation Ford, ont comme ligne de conduite officielle d'éviter que les gens demeurent longtemps au même poste. Par le passé, le CRDI n'avait pas la moindre ligne de conduite implicite ou explicite sur les employés en fonction pour une longue période. Nombre d'administrateurs de programmes ont été recrutés tandis qu'ils étaient jeunes, mais pleins d'expérience et bien formés, remplis d'enthousiasme et d'altruisme et compétents au plus haut point. Dans certains cas, au fil des années, ces qualités ont peut-être un peu pâli. Il n'est pas dans les meilleurs intérêts du CRDI de maintenir ce personnel en poste en permanence. Cependant, d'autres conservent leur enthousiasme, et leurs compétences et méritent qu'on leur offre des possibilités de perfectionnement professionnel. Il serait probablement mal avisé que le Centre établisse une ligne de conduite stricte sur le perfectionnement professionnel même si, évidemment, en tant qu'organisme employeur, il doit être perçu comme impartial et juste envers tous. En règle générale, si une ligne de conduite doit être établie, il vaut mieux que ce soit une ligne de conduite prévoyant des nominations non permanentes, au niveau du personnel de programme. Pourtant, l'inconvénient de cela est qu'on n'attirera peut-être pas, au niveau inférieur, du personnel de programme possédant les qualités nécessaires.

Le Comité recommande à la gestion du Centre de mener une étude sur les avantages, les inconvénients et les coûts relatifs des nominations non permanentes, comparativement aux nominations permanentes de personnel scientifique.

La durée de vie intellectuelle du personnel du Centre, notamment à la DSSa, serait meilleure s'il y avait plus souvent des séminaires informels et d'autres possibilités intellectuelles stimulantes, propices aux échanges. Dans une certaine mesure, l'architecture du nouvel immeuble peut empêcher les contacts fortuits et informels. On pourrait améliorer ces contacts en encourageant le personnel de programme à partager les pauses-repas et les pauses-café, autant d'occasions d'échanges fortuits et informels. Les séminaires internes sont une façon plus officielle d'arriver aux mêmes fins; une autre forme possible d'échanges serait de tenir périodiquement des pauses-café communes où le personnel réserverait délibérément du temps, par exemple de 10 h 30 à 11 h, un ou deux matins par semaine, pour prendre le café ensemble et discuter sans façon. Ces conversations, surtout si les cadres font preuve de leadership, pourraient devenir un cadre fructueux de discussions intellectuelles stimulantes sur des idées pertinentes professionnellement. Une bonne façon d'institutionnaliser ce mécanisme, ce qui se fait dans nombre de services universitaires ou autres analogues à la DSSa, serait de créer un Cercle du journal, se réunissant une heure ou deux, une ou deux fois par mois, de préférence à la pause-repas. Les administrateurs de programmes pourraient présenter à leurs collègues certains points tirés d'articles récents de revues professionnelles et en discuter. Ce genre de mécanismes pourrait être un grand pas vers l'élimination du sentiment d'isolement professionnel dont se plaignent certains administrateurs de programmes. Deux membres du personnel de programme de la DSSa ont pris une initiative en ce sens : dès la fin de l'été 1988, il y aura à la division des séminaires périodiques.

L'examen, et encore plus l'évaluation des projets terminés, peuvent être d'excellentes occasions de débats intellectuels stimulants, particulièrement si cela donne aussi lieu à des échanges d'idées entre le personnel de programme du CRDI et des représentants compétents des milieux universitaires canadiens agissant comme conseils.

REMERCIEMENTS

La présente étude n'aurait pas été possible sans la bonne volonté et l'amicale collaboration de nombreux membres du personnel du Centre et de diverses autres personnes (liste en annexe). Mentionnons notamment l'aide d'Andrea Young et de ses collègues, qui ont réglé de nombreux détails. Nous leur sommes très reconnaissants. L'examen des projets mentionnés au paragraphe 5.4.2 a été mené par le Dr Josef Decosas.

John Last
1988.06.30

OUVRAGES CONSULTÉS

1. Briefing notes for Governors on Board Review Panels. CRDI, Bureau de la planification et de l'évaluation, mars 1987
2. Noack H: Concepts of health and health promotion, in T. Abelin, ZJ Brzezinski, VL Carstairs (Eds), Measurement in health promotion and protection, Copenhagen, publications régionales de l'OMS, série européenne n° 22, 1987, pages 5 à 28
3. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Revue canadienne d'hygiène publique, 1987, 77:425-430
4. Last JM (Ed): A Dictionary of Epidemiology, 2^e édition, New York: Oxford University Press, 1986; p. 57
5. Last JM, Foege WH: International Health, dans JM Last (Ed) Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine, 12^e édition. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1986; pages 1753 à 1807
6. Assemblée mondiale de la santé, Résolution WHA 34.36, Genève, 1979
7. Primary Health Care; a Joint Report by the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nation's Children's Fund, Genève, New York, 1978
8. Lewis, JP, Aide extérieure à la recherche pour le développement, étude de quelques grands organismes, CRDI-MR160f, 1987
9. Division des sciences de la santé, Énoncé de division, partie 1, page 8, CRDI, 1988
10. EPP VIII, pages 41 à 47
11. Compte rendu du séminaire de 1987 sur la politique et la gestion, CRDI
12. Mandat du CRDI (de l'EPP VII, page 9)
13. EPP VIII (1987-1988 à 1990-1991), pages 41 à 47
14. Énoncé de division de la DSSa, partie 1, pages 9 et 10
15. EPP IX (1988-1989 à 1991-1992), page 53
16. Compte rendu de la réunion annuelle 1987 du personnel de la Division des sciences de la santé

17. Selon nos idées, Ottawa, CRDI, 1986
18. Énoncé de la Division des sciences de la santé, partie 1, page 42, tableau 619. Ibid, pages 61 et 62, tableaux 10 et 11
20. Projets du CRDI 1970 à 1981, Ottawa, CRDI
21. Projets du CRDI 1981 à 1985, Ottawa, CRDI
22. Énoncé de la Division des sciences de la santé, partie 1, pages 55 à 58, tableau 13
23. Ibid, page 64, tableau 12
24. Ibid, page 45, tableau 8
25. Ibid, page 59
26. Ibid, page 63
27. Projet 3-P-87-1047, Prévention de la maladie de Chagas par l'amélioration du logement (au Paraguay)
28. Stewart F: Report on activities of Social Sciences Division of IDRC with special reference to nutrition, health education, population and science and technology, octobre 1987
29. Rapports annuels (recherche sur les maladies tropicales)
30. Rapports annuels (contrôle des maladies diarrhéiques)
31. Rapports annuels (programme sur la reproduction humaine)
32. Warren KS (Ed): Coping with the biomedical literature. New York: Praeger, 1981; voir aussi Price DdeS: Science since Babylon. New Haven: Yale University Press, 1975
33. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : Communication between users and producers of research findings (rapport d'un séminaire de l'OMS à Linköping, Suède, 15 au 17 juin 1987), EUR/ICP/RPD 119, Copenhague
34. Last JM: Communication between producers and users of research findings, World Health Forum, 1988 (sous presse)
35. Projet 3-P-85-0290, Service national d'information sur les poisons, Sri Lanka

36. Organisation mondiale de la santé, Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health for All by the Year 2000, Genève, 1981
37. La formation et le perfectionnement au Centre de recherches pour le développement international, Rapport rédigé par le Groupe de travail sur la formation et le perfectionnement, décembre 1987
38. Grant JP: The State of the World's Children (rapports annuels du FISE), New York, Oxford University Press, 1984, 1985, 1986
39. Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, dans le huitième programme général de travail, pour la période 1990 à 1995, Genève, OMS, 1987, pages 22 à 33
40. Rapport sur le développement dans le monde, Banque mondiale, 1984, New York, Oxford University Press
41. Last JM: World Health, in Public Health and Human Ecology. Norwalk, CT: Appleton and Lange, 1987; pp 323-350
42. Énoncé de la Division des sciences de la santé, partie I, pages 31 à 34
43. Sivard RL: World Military and Social Expenditures, 1985. Washington, DC: World Priorities Inc.
44. Organisation mondiale de la santé, Intersectoral action for health, Genève, 1986
45. Kickbusch I, Health Promotion, a global perspective, Revue canadienne d'hygiène publique, 1986, 77:321-326
46. Participatory research; state-of-the-art and practice, Document de travail du CRDI, mai 1987
47. Paul S: Community participation in development projects, World Bank Discussion Paper, Banque mondiale, Washington DC, 1987
48. Rahman MA: The theory and practice of participatory action research, in The Challenge of Social Change, Genève, BIT, 1983
49. Énoncé de la Division des sciences de la santé, partie 2 (plan stratégique), page 6, figure 2
50. Ibid, page 4, figure 4

51. Ibid, page 13
52. Plan stratégique de la Division des sciences sociales, 1987, page 189
53. Walsh JA: Health Research for the Developing World; Priorities and strategies. Background paper for Rockefeller Foundation Bellagio Conference, juillet 1987
54. Organisation mondiale de la santé, Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève, 1979
55. Forget G: Toxic substances and health. Document de position pour le plan stratégique des sciences de la santé, CRDI, 1988
56. Lancet, 1987, 2:1076-7
58. Bureau de planification et d'évaluation, Façon d'aborder le perfectionnement des instituts de recherche, CRDI, 1987
59. Smith K: Integrated support for research institutions, Document de position pour le Plan stratégique des sciences de la santé, CRDI, 1988
60. Cervinskask J: A Nutrition thrust in IDRC, Document de position pour le Plan stratégique des sciences de la santé, CRDI, 1988
61. MacDonald J., Zanstra I: Health Education, Document de position pour le plan stratégique des sciences de la santé, CRDI, 1988
62. Stewart F: Report to Panel, EAD de la DSSa, janvier 1988
63. Simon S, Gelmon L., St-Onge E, de Savigny D: Support of AIDS-related Research, Document de position pour l'étude approfondie de division, CRDI 1988
64. Rapport des politiques et programmes en matière d'aide publique au développement (rapport Winegard)
65. Donabedian A (Ed): A Guide to Medical Care Administration, Vol II, Medical care appraisal. Washington DC: American Public Health Association, 1969
66. Rundall TG: Evaluation of health service programs, in JM Last (Ed): Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine, 12^e édition. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1986; pages 1831 à 1848

67. Hertzog R: Evaluation in the Health Sciences Division, Document de position pour l'étude approfondie de la Division des sciences de la santé, CRDI, 1988
68. Harnad S (Ed): Peer commentary on peer review. Cambridge: Cambridge University Press, 1982
69. Smith R: Problems with peer review and alternatives, British Medical Journal 1988, 296:774-7
70. Conseil de recherches médicales du Canada, Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains, Ottawa, 1987
71. Last JM: Ethical issues in public health, in Public Health and Human Ecology. Norwalk: Appleton and Lange, 1987; pp 351-370
72. Smith KA: Regional Strategies, Document de position pour le plan stratégique de la Division des sciences de la santé, CRDI, 1988
73. Professional development in IDRC, Document de travail préparé par la Division des ressources humaines, 1988

ANNEXE I

MANDAT

Étude approfondie de la Division des sciences de la santé

BUT

Étudier le mandat de la division, sa performance passée et présente et ses intentions stratégiques en se fondant sur l'énoncé préparé par la division et sur les informations obtenues par tout autre moyen que le Comité aura jugé bon d'employer.

AMPLEUR DE L'ÉTUDE

Dans l'exécution de son mandat, le Comité chargé de l'étude est prié de se pencher plus particulièrement sur les points suivants.

I. Mandat de la division

Tenant compte des grandes intentions du Centre de s'orienter vers la réalisation d'une cohérence globale et d'une réponse intégrée aux besoins de développement par l'entremise de la recherche, examiner le mandat de la division et les énoncés par la division de sa mission et de ses objectifs.

II. Performance passée et présente de la division

- a) Évaluer la façon dont la division établit, exécute et administre son programme et l'impact de ce programme en fonction :
 - (i) des priorités assignées aux divers domaines du programme;
 - (ii) des priorités de facto accordées aux pays et régions du Tiers-Monde;
 - (iii) de l'enveloppe des projets, soit la durée et l'importance de la subvention, et de ce que cela entraîne au plan de leur observation;
 - (iv) des modes de financement employés en réponse à la conjoncture des divers milieux de recherche;

- (v) de l'évaluation et de l'observation des projets;
 - (vi) des activités actuelles d'autres donateurs et des plans stratégiques de leurs activités futures.
- b) En rapport avec la mission et les objectifs de la division et du Centre, évaluer les activités de programme de la division au cours des dernières années et actuellement, en s'attachant particulièrement :
- (i) aux résultats des activités qui ont été financées;
 - (ii) à la correspondance entre le contenu des programmes et l'évaluation des besoins de développement qui a guidé la division dans l'affectation de ses ressources;
 - (iii) aux liens des projets avec les agents du changement;
 - (iv) à l'infraction avec d'autres disciplines scientifiques tant dans les projets qu'au sein du Centre.

III. Intentions stratégiques

- a) Examiner les questions, besoins et possibilités de développement définis par la division pour guider l'établissement de ses plans stratégiques.
- b) Examiner les plans stratégiques de la division et les priorités qu'elle a choisies pour les quatre prochaines années dans le contexte des ressources de premier et de second ordre.
- c) Examiner le mode de fonctionnement de la division surtout du point de vue de sa véritable contribution à tous les programmes du Centre, dont les siens, et à la réalisation du mandat global du Centre, et y recommander des modifications, au besoin.

IV. Recommandations

- a) Commenter le mandat, la mission et les objectifs de la division et, au besoin, y recommander des modifications qui permettront au Centre de mieux répondre aux besoins de développement du Tiers-Monde par la recherche en sciences de la santé.

- b) Commenter les domaines de programme actuellement financés par la division et y suggérer des changements s'il y a lieu.
- c) Commenter les obstacles susceptibles d'empêcher la division d'atteindre ses objectifs et signaler, s'il y a lieu, toute importante question administrative qui gêne l'efficacité des activités de la division à accomplir la mission et à atteindre les objectifs du Centre.

ANNEXE II

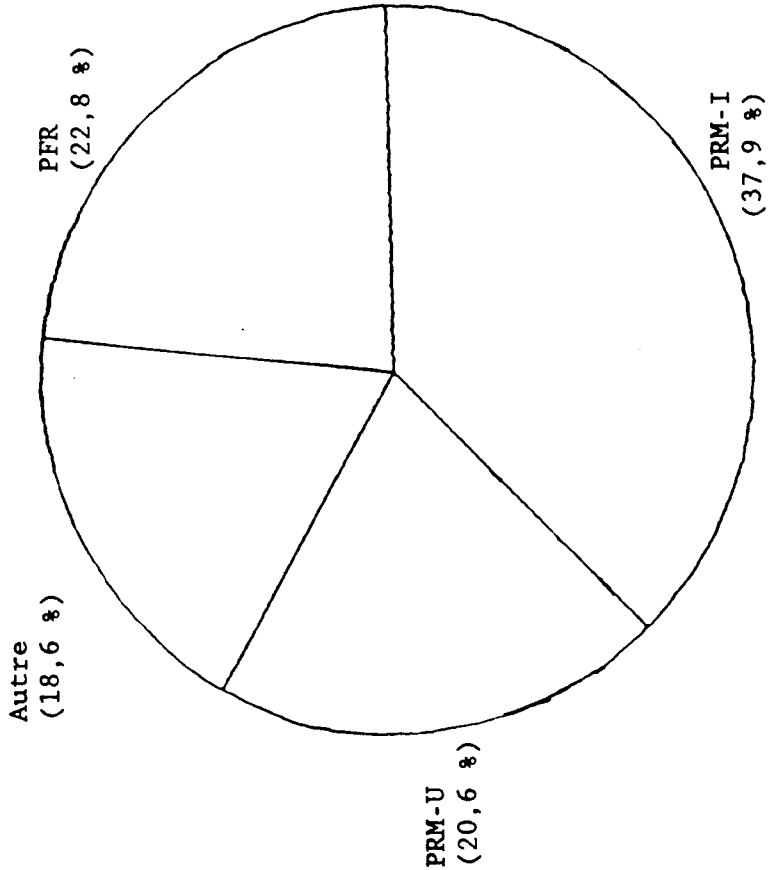
FIGURES

(Source: Enoncé de la Division des sciences de la santé)

- FIGURE I DSSa, nombre de subventions par type de pays
- FIGURE II Affectations par region
- FIGURE III L'écologie de la santé et du développement :
le modèle de la DSSa, (numéro de référence :
49)
- FIGURE IV Programmes de recherche de la Division des sciences
de la santé, (numéro de référence : 50)

Figure 1

Division des sciences de la santé
Nombre de subventions par type de pays,
exercices 1971 à 1987



Division des sciences de la santé
Nombre de subventions par type de pays,
exercice 1987

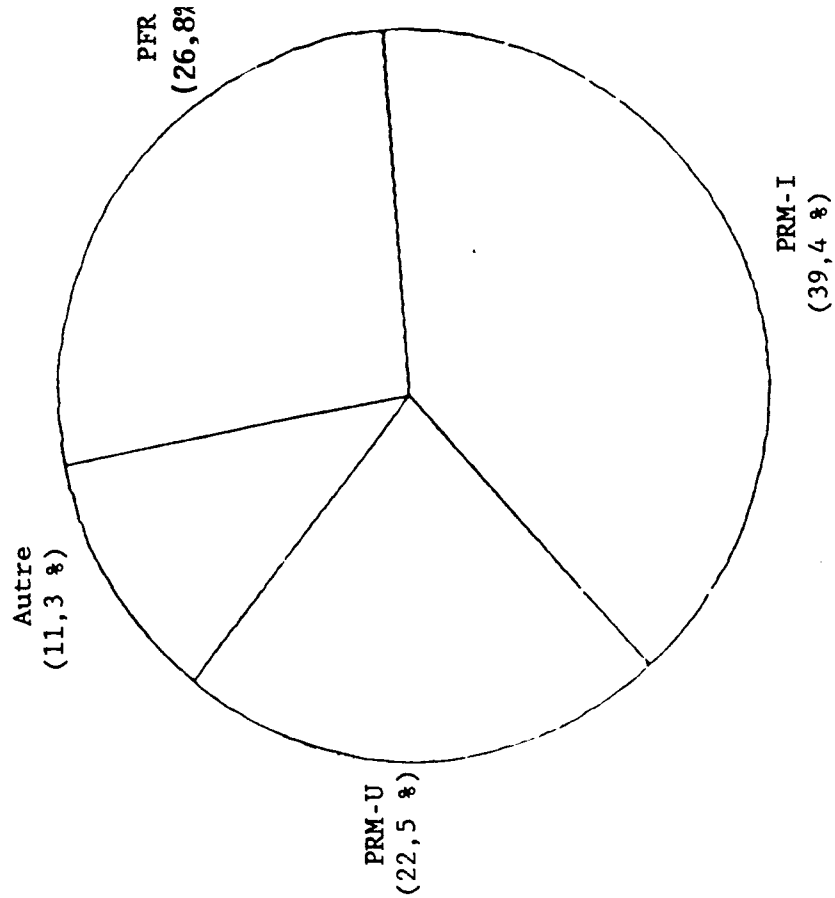


TABLEAU 3

DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ
SUBVENTIONS PAR CATÉGORIE DE PAYS
1971 À 1987 (Remarque 1)

	<u>Subventions en 1987-1988</u>	<u>Nombre total de subventions</u>	<u>Valeur totale des subventions (\$)</u>
1. <u>Pays à faible revenu (PFR)</u> - (Remarque 2)			
Bangladesh		5	696 375
Burkina Faso		2	372 244
Birmanie		1	160 350
Centre-Afrique		1	87 860
Tchad		1	128 785
Chine	2	9	1 028 800
Éthiopie	2	7	1 055 010
Gambie		1	54 850
Ghana	1	4	308 798
Haïti		4	589 115
Inde	1	23	4 603 600
Kenya	2	28	3 269 119
Malawi	1	2	260 560
Mali		6	1 080 047
Mozambique	1	2	246 232
Népal	1	6	923 154
Pakistan		1	270 300
Sénégal		4	426 510
Sierra Leone		5	693 525
Sri Lanka	2	12	1 679 749
Soudan	1	8	895 594
Tanzanie	2	8	904 176
Togo		2	100 720
Uganda	1	5	491 165
Zaire	1	4	751 613
Zambie	1	6	868 018
Total, pays à faible revenu	19	157	21 946 269

TABLEAU 3 (suite)

DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ
SUBVENTIONS PAR CATÉGORIE DE PAYS
1971 À 1987 (Remarque 1)

	<u>Subventions en 1987-1988</u>	<u>Nombre total de subventions</u>	<u>Valeur totale des subventions (\$)</u>
2. <u>Pays à revenu moyen-inférieur (PRM-I) - (Remarque 2)</u>			
Bolivie	2	7	665 684
Botswana	1	6	667 190
Cameroun		2	252 385
Chili	1	21	3 085 256
Colombie		19	4 877 290
Costa Rica		5	1 109 640
Cuba	1	4	697 450
Dominique		3	296 089
République dominicaine	1	4	334 890
Équateur	1	7	730 620
Égypte	4	22	2 535 833
Guatemala	1	6	806 320
Guyane		1	275 500
Honduras		7	723 341
Indonésie	4	34	2 368 823
Jamaïque	2	11	1 611 390
Liban		1	31 000
Lesotho		1	217 000
Liberia	1	2	177 820
Maurice	1	1	28 965
Maroc		1	72 100
Nigeria	2	8	424 635
Papuasi-Nouvelle Guinée		1	118 600
Paraguay		3	453 200
Pérou	1	7	1 825 173
Philippines	2	28	2 125 321
Swaziland		1	90 200
Thaïlande	3	39	3 338 295
Tunisie		4	310 930
Zimbabwe		4	647 275
Total, pays à revenu moyen-inférieur	28	260	30 898 215

TABLEAU 3 (suite)

DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ
SUBVENTIONS PAR CATÉGORIE DE PAYS
1971 À 1987 (Remarque 1)

	<u>Subventions en 1987-1988</u>	<u>Nombre total de subventions</u>	<u>Valeur totale des subventions (\$)</u>
3. <u>Pays à revenu moyen-supérieur (PRM-S)</u> - (Remarque 2)			
Algérie		1	118 500
Argentine	2	12	1 186 944
Brésil	1	14	1 647 640
Hong Kong		6	260 405
Iran		2	291 200
Israël	1	4	476 525
Corée	1	24	1 780 848
Malaisie	3	27	3 654 290
Mexique	4	22	1 895 147
Panama		4	386 930
Singapour	2	17	2 705 105
Trinidad & Tobago	2	6	1 075 350
Venezuela		2	54 900
Total, pays à revenu moyen-supérieur	16	141	15 533 784
4. <u>Autres pays</u>			
Belgique		3	386 829
Canada (remarque 2)	4	60	6 172 613
Suisse (remarque 3)	2	18	4 862 000
Royaume-Uni	1	3	159 300
É.-U.-A. (remarque 4)	1	45	13 924 092
Total, autres pays	8	129	25 504 834
Total, tous les pays	71	687	93 883 102

TABLEAU 3 (suite)

DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ
SUBVENTIONS PAR CATÉGORIE DE PAYS
1971 À 1987 (Remarque 1)

Remarque 1 : Comprend les subventions de 1971 à mars 1988.

Remarque 2 : Pour le regroupement des pays, nous avons eu recours au système de classification de la Banque mondiale, tel que décrit dans le rapport de 1987 sur le développement du monde (pp. 202 et 203). Dans ce rapport, les pays sont regroupés en fonction du PNB per capita dans les catégories suivantes :

PFR - PNB per capita inférieur en 1985 à 400 \$ US
 PRM-I - PNB per capita en 1985 entre 400 \$ US et 1 600 \$ US
 PRM-S - PNB per capita en 1985 entre 1 600 \$ US et 7 500 \$ US

Remarque 3 : La plupart des projets au Canada sont en fait la part administrée par le Centre des projets de recherche, souvent des projets groupant plusieurs pays. Les projets vraiment canadiens englobent une série d'activités avec l'Université de Waterloo, dans les étapes préliminaires de la conception d'une pompe manuelle, la formation en épidémiologie pour les chercheurs chinois au Canada, ainsi que des cours de gestion et de recherche sur la santé pour les chercheurs des pays en développement, aux universités McMaster et de Toronto.

Remarque 4 : Les subventions à la Suisse sont les subventions SSa faites à l'OMS, c.-à-d. avant tout pour les programmes de l'Organisation sur la reproduction humaine, la recherche sur les maladies tropicales et la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Remarque 5 : Les subventions aux États-Unis couvrent l'argent versé à des organismes comme le Population Council, le PATH, etc. Puisque l'organisme récipiendaire est aux États-Unis, les subventions figurent nominalement comme subventions états-uniennes, mais dans la plupart des cas, les fonds ont en fait été accordés à l'égard de travaux de recherche qui seront exécutés dans des pays en développement. Les 13 924 092 \$ figurant comme subventions aux États-Unis englobent des fonds versés au Population Council relativement au Norplant et à la mise au point d'un vaccin anticonceptionnel, ainsi que des subventions à l'OPS. Au total, jusqu'à maintenant, la Division a investi 6,1 millions de dollars dans la mise au point du Norplant et 5,3 millions de dollars dans le vaccin.

Figure 2

Division des sciences de la santé
Affectations par région (pourcentage du total)
exercices 1983 à 1987

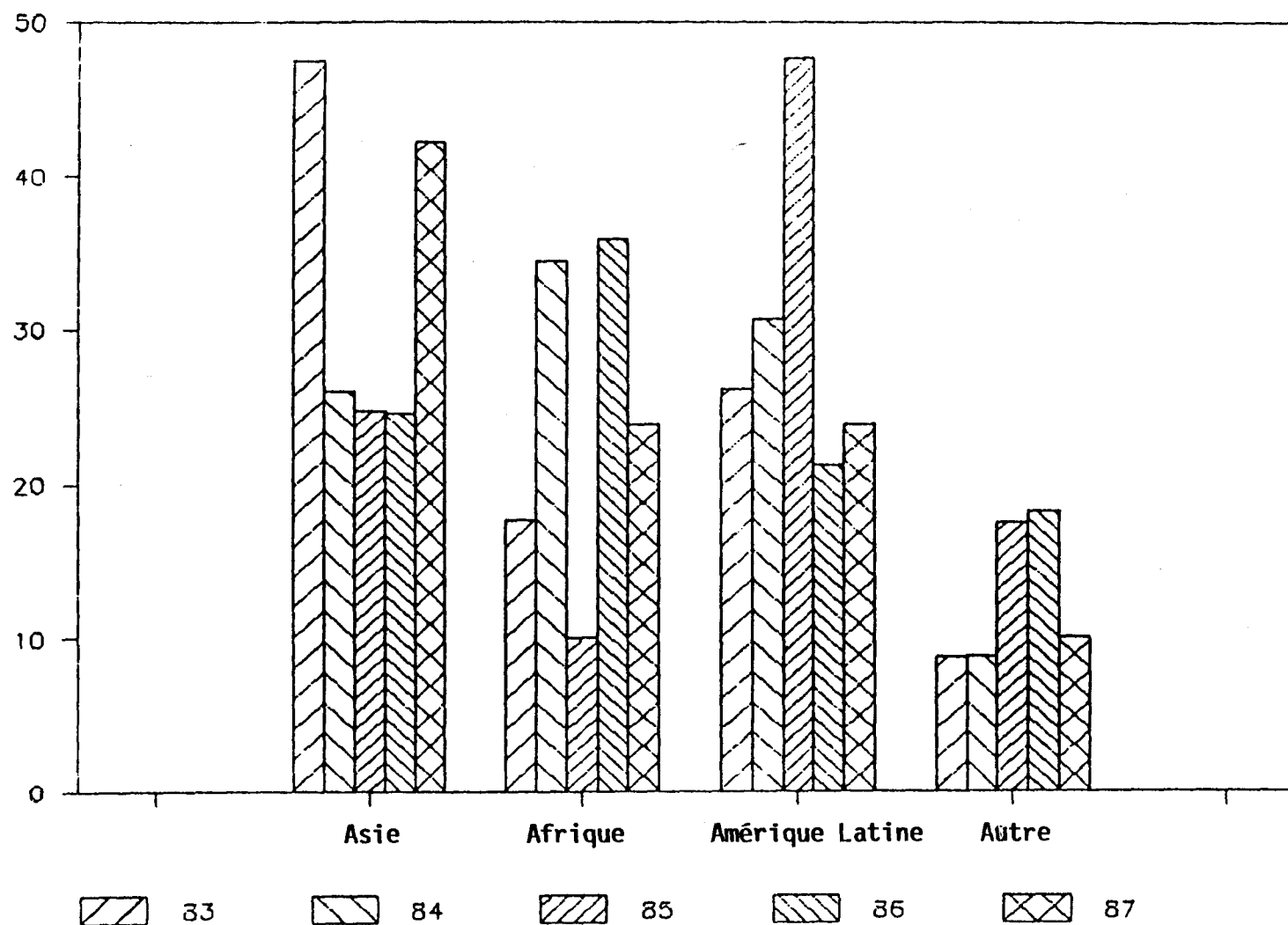


Figure 2 (suite)

Division des sciences de la santé
Affectations par région (en dollars)
exercices 1983 à 1987

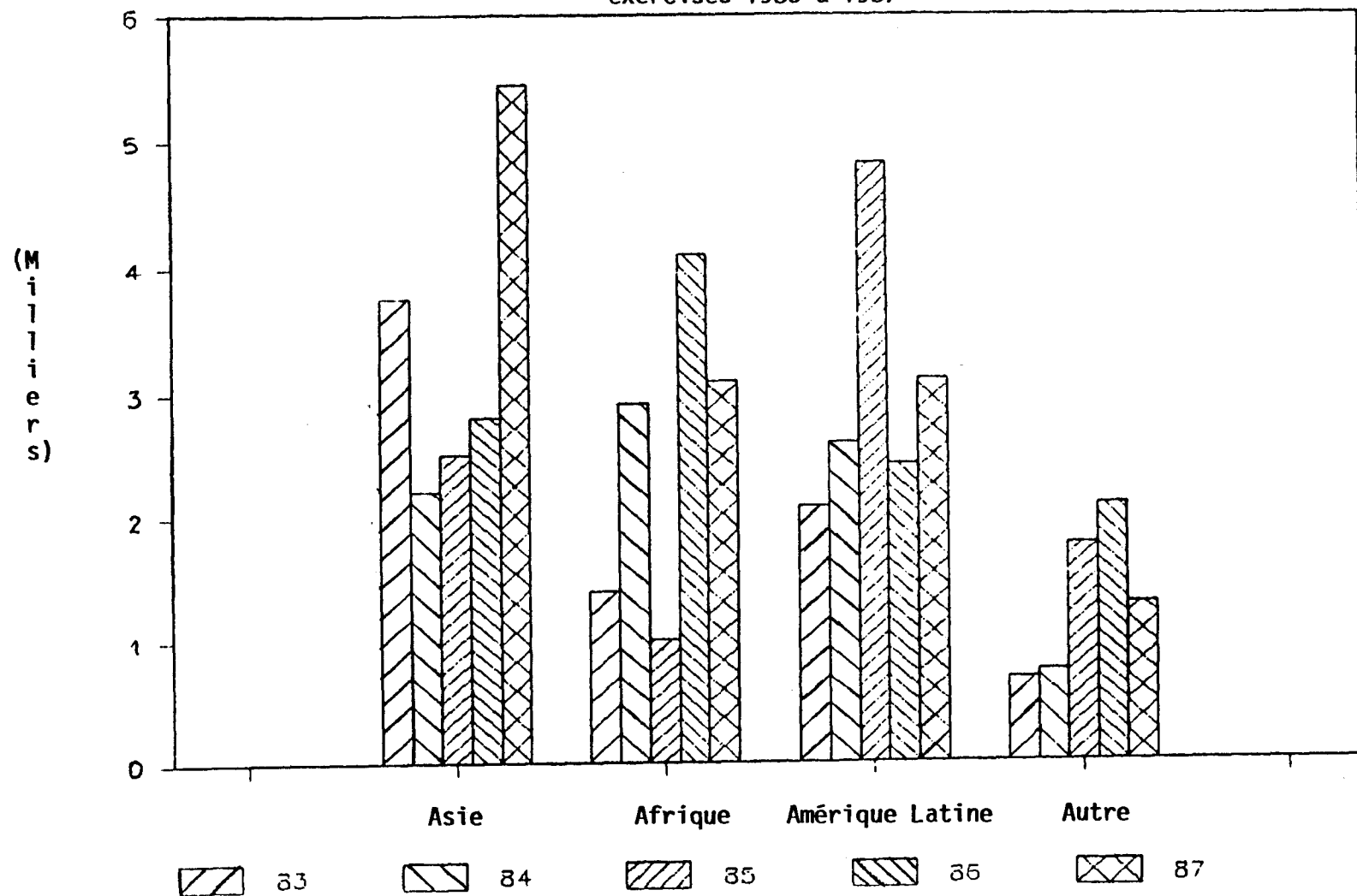


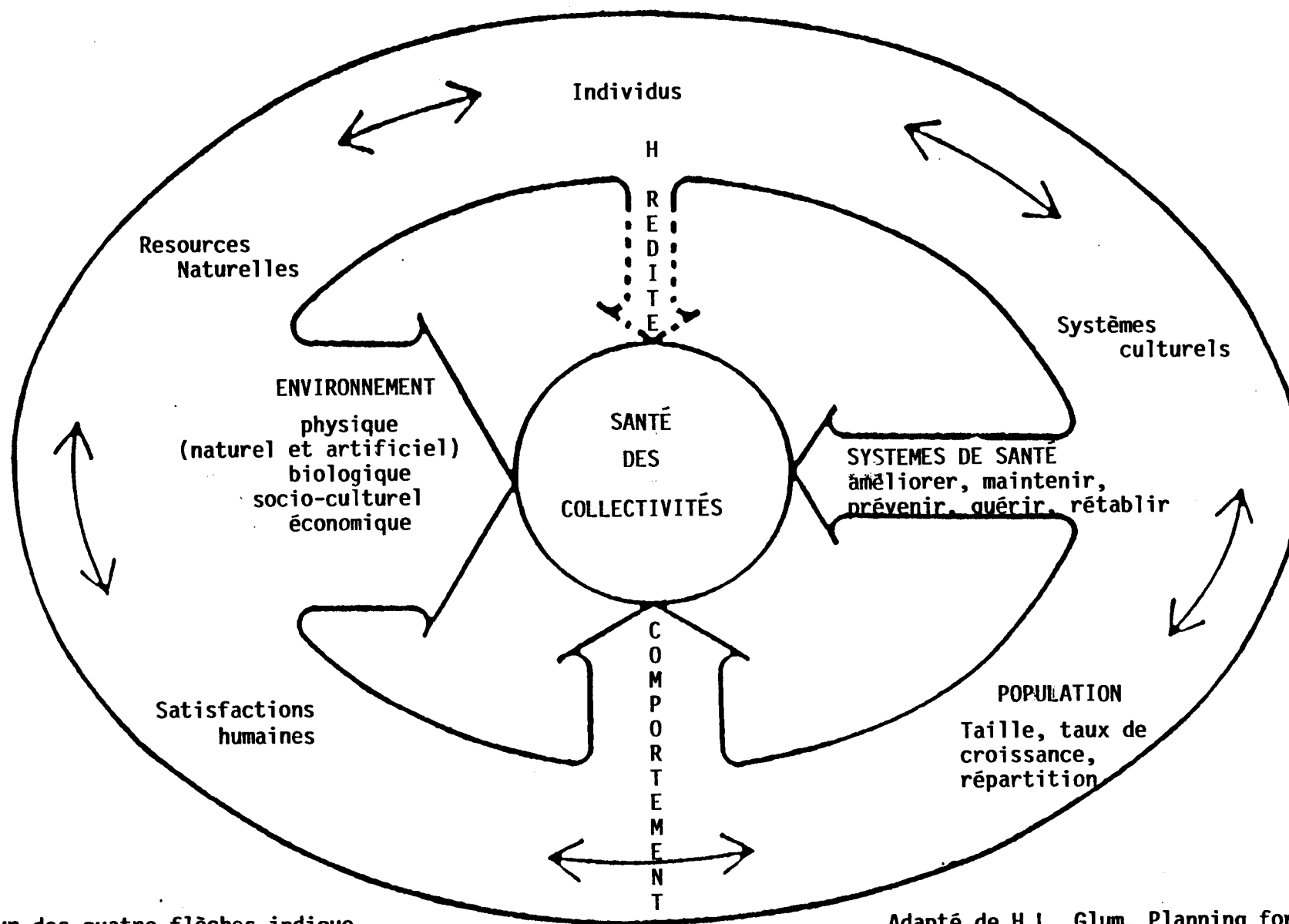
Figure 2 (suite)

DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉAFFECTATIONS PAR RÉGION (\$)(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	<u>1983-1984</u>		<u>1984-1985</u>		<u>1985-1986</u>		<u>1986-1987</u>		<u>1987-1988</u>	
	<u>\$</u>	<u>¢</u>	<u>\$</u>	<u>¢</u>	<u>\$</u>	<u>¢</u>	<u>\$</u>	<u>¢</u>	<u>\$</u>	<u>¢</u>
BRASI	3 540	44,8	1 972	23,3	1 993	19,7	1 530	13,4	4 149	32,1
BRASU	215	2,7	237	2,8	514	5,1	1 281	11,3	1 301	10,1
BRALA	2 071	26,2	2 588	30,7	4 825	47,7	2 413	21,2	3 088	23,9
BRACO	227	2,9	655	7,7	167	1,7	699	6,1	549	4,3
BRAFO	611	7,7	2 202	26,0	349	3,5	2 724	23,9	1 445	11,2
BREMO	554	7,0	60	0,7	488	4,8	676	5,9	1 094	8,4
CANADA/MONDE	683	8,7	746	8,8	1 775	17,5	2 081	18,2	1 287	10,0
TOTAL	<u>7 901</u>	<u>100,0</u>	<u>8 460</u>	<u>100,0</u>	<u>10 111</u>	<u>100,0</u>	<u>11 404</u>	<u>100,0</u>	<u>12 913</u>	<u>100,0</u>

Figure 3

L'écologie de la santé et du développement : le modèle de la DSSa

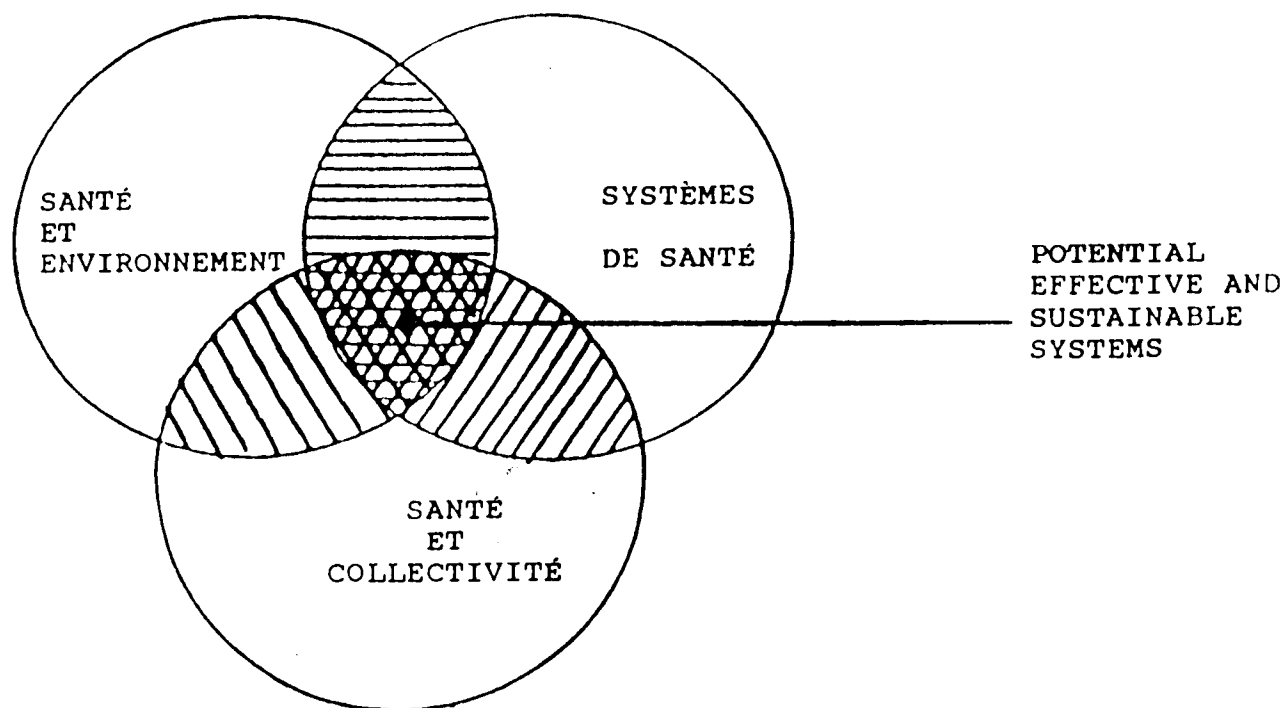


La largeur des quatre flèches indique des hypothèses sur l'importance relative des contributions à la santé.

Adapté de H.L. Glum, Planning for Health, Human Sciences Press, 1974, p.3.

Figure 4

DIVISION DES SCIENCES DE LA SANTÉ



PROGRAMMES DE RECHERCHE